

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA  
ENFERMERÍA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN EL  
PERIODO PERIOPERATORIO DE ACUERDO CON  
LA TEORÍA DE IMOGENE KING Y EL NIVEL  
DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LAS PERSONAS  
SOMETIDAS A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA  
EN EL HOSPITAL RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN  
GUARDIA, 2010**

**Trabajo final de investigación aplicada sometido a la  
consideración de la Comisión del Programa Estudios  
de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar  
por el grado y título de Maestría Profesional  
en Enfermería Quirúrgica**

**PATRICIA ZÚÑIGA CALDERÓN**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica**

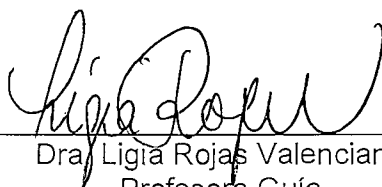
**2010**

"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería Quirúrgica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Maestría en Enfermería Quirúrgica"



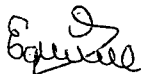
---

M.Sc. Ana Guzmán Aguilar  
Representante de la Decana  
Sistema de Estudios de Posgrado



---

Dra. Ligia Rojas Valenciano  
Profesora Guía



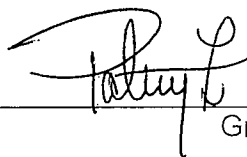
---

M.Sc. Ernestina Aguirre Vidaurre  
Lectora



---

M.Sc. Alba Carranza Ramírez  
Directora, Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería



---

Graduanda

## DEDICATORIA

*A mis hijos: mi motor, mi impulso, mis más grandes amores.*

*A mis padres con amor.*

## **AGRADECIMIENTO**

Al Hospital Dr. Calderón Guardia por haberme brindado la oportunidad y la información necesarias, así como el aporte de los diferentes funcionarios de los servicios involucrados que permitieron realizar este trabajo de investigación. Sin su aporte hubiese sido imposible la obtención de los datos necesarios para sustentar esta investigación.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para llevar a cabo este trabajo.

## INDICE

PAGINAS PRELIMINARES	PAGINA
Hoja de aprobación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Antecedentes	4
1.2 Justificación	7
1.3 Objetivos	16
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Intervención de Enfermería	19
2.2 La enfermería perioperatoria	20
2.3 Teoría de la consecución de objetivos de Imogene King	22
2.4 Sistema personal	26
2.5 Sistema interpersonal	27
2.6 Sistema social	31
2.7 Periodo perioperatorio	33
2.8 Colectomía	35
2.9 Colectitis y colelitiasis	35
2.10 Colectomía laparoscópica	37
2.11 Ansiedad y el proceso quirúrgico	38
2.12 Proceso de enfermería para la intervención quirúrgica	40
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	42
3.1 Diseño y tipo de investigación	43
3.2 Población y muestra	45
3.3 Marco muestral	45
3.4 Tipo de muestra	45
3.5 Sistema de variables	46
3.6 Instrumentos y técnicas	49
3.7 Consideraciones éticas	50

3.8 Análisis de datos	52
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	54
4.1 Presentación de datos	55
4.2 Análisis de los resultados	73
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	92
Conclusiones	93
Recomendaciones	96
CAPÍTULO VI. BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS	98
Bibliografía	99
Anexos	102
Anexos No.1	
Historial de Enfermería	103
Cuestionario somático-cognoscitivo de Cornell	

## Resumen

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de ansiedad y estrés psicológico porque obligan a las personas a enfrentar situaciones desconocidas que además implican ciertos riesgos, temores, alteraciones en su vida familiar y laboral. Por tanto, estas personas requieren de atención profesional.

El (la) profesional en Enfermería dedicado al cuidado integral de las personas es un apoyo muy importante en el proceso perioperatorio. La enfermería perioperatoria se desarrolla en tres áreas: pre, trans y posoperatorio inmediato. Para esto, basa su intervención a partir de los fundamentos y principios que establecen las teorías en Enfermería. La teoría de la consecución de objetivos propuesta por Imogene King (1984) propone un marco conceptual de sistemas abiertos y plantea que las personas y el ambiente son un todo.

En esta investigación de tipo exploratorio se desarrolla un diseño cuantitativo, no experimental y su alcance permitirá investigaciones futuras y mejorar la calidad de los servicios prestados. Explora la intervención del profesional de enfermería y la ansiedad en sus diferentes niveles manifestada por las personas que fueron intervenidas quirúrgicamente por colecistectomía laparoscópica.

La población está constituida por mujeres vecinas del área metropolitana con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años. Para obtener esta población se consultó el registro de las cirugías realizadas durante los meses de enero, febrero y marzo al servicio de cirugía ambulatoria y corto internamiento del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia.

La recolección de datos se realizó mediante un historial de Enfermería basado en la teoría de I. King. El instrumento utilizado el cual consta de 50 preguntas y está dividido en cuatro apartados. En la medición de los niveles de ansiedad se aplicó la escala cognoscitiva somática de Cornell con cinco opciones de respuesta. Para el análisis de datos se utilizó un paquete computacional (SPSS), el paquete estadístico para las ciencias sociales en donde se procesó la información a partir de preguntas cerradas, las preguntas abiertas del historial de enfermería fueron analizadas y comparadas con los datos cuantitativos.

## INTRODUCCION

Las intervenciones quirúrgicas pueden constituirse en una fuente de ansiedad y estrés psicológico porque obligan a las personas a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos, temores, alteraciones en su vida familiar y laboral.

Las personas con procesos mórbidos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y a la cirugía e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado, la ansiedad es un síntoma frecuente en los usuarios quirúrgicos.

El (la) profesional en Enfermería dedicado (a) al cuidado integral de las personas es un apoyo muy importante en el proceso perioperatorio, para lo cual se basa en los fundamentos y principios que establecen las teorías en Enfermería; en este caso particular, en la teoría de la consecución de objetivos propuesta por Imogene King.

Este trabajo está fundamentado en un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de tipo exploratorio y transversal. Se pretendió explorar la intervención del profesional de Enfermería en el perioperatorio y el nivel de ansiedad que presentaron las personas. La población estuvo constituida



por mujeres sometidas a colecistectomía laparoscópica en el primer trimestre del 2010. Se trabajó con una muestra de tipo simple al azar de 22 mujeres comprendidas en edades entre 20 y 60 años.

El objetivo de este estudio fue analizar la intervención del profesional de enfermería en el periodo perioperatorio según los fundamentos de la teoría de Imogene King y el nivel de ansiedad que presentaron las mujeres sometidas a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia durante el primer trimestre de 2010.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

A continuación se presentan los antecedentes, tanto a nivel internacional, como nacional.

### **ANTECEDENTES**

#### **En el ámbito internacional**

En la Universidad de Salamanca España, actualmente se está realizando un estudio sobre el nivel de ansiedad que presentan las personas expuestas a procedimientos quirúrgicos. Se trata de un proyecto novedoso pues plantea realizar una investigación sobre el estado en el que se encuentra los (as) usuarios (as) mientras están siendo intervenidos. La intervención quirúrgica puede ser percibida como una amenaza y, por lo tanto, originar un sentimiento de ansiedad. Esta circunstancia nunca ha sido objeto de estudio en publicaciones anteriores.

En 1995 en el periodo de setiembre a enero de 1996 en la Ciudad de México en el Hospital General de México. El diseño de este estudio fue descriptivo, transversal, prospectivo y observacional y se llevó a cabo durante la consulta preanestesia, una rutina diaria realizada 24 horas antes de la cirugía en la Unidad de quirófanos centrales del Hospital General de México. Incluyeron 500 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y

65 años programados para cirugía electiva. Según las conclusiones de este estudio toda persona que ingresa a un hospital genera angustia y ansiedad por el simple hecho de saberse enfermo y más aun cuando se le informa que será sometido a un procedimiento que requiere anestésicos, pues en ocasiones le puede generar una sensación de riesgo para su vida.

En 1996, en los meses de octubre, noviembre y diciembre, en el Hospital de Albacete, España, se llevó a cabo un estudio sobre repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada, en donde se incluían todas las intervenciones quirúrgicas en el área de Cirugía general y traumatología. Ellos aplicaron la escala HAD (escala hospitalaria de ansiedad y depresión) ECAE (escala conductual de ansiedad estado) que describe reacciones en el, debido a que la primera es específica para personas hospitalizadas. Las mujeres presentan mayor grado de ansiedad y depresión que los hombres, así mismo a mayor edad se observa menor grado de ansiedad.

El factor enfermedad influye en el nivel de ansiedad, aumentando este si se trata de patología tumoral. De la misma forma, la ansiedad es superior en intervenciones gastrointestinales y tiroideas. Según el estudio, entre los factores desencadenantes de la ansiedad destacaron la preocupación por la familia o personas a las que se atienden habitualmente, así como el hecho de no obtener alivio para el dolor, tener molestias por la cirugía y la limitación al estar encamado. De estos factores productores de ansiedad el dolor destaca sobre los demás.

En 2007 De acuerdo con un artículo publicado por Verónica Vílchez Cobo y otras, en el 2007 se ejecutó un estudio cualitativo prospectivo sobre la visita preanestésica de Enfermería, en el Centro Médico Teknon, Barcelona. Se trabajó con 50 pacientes en un grupo de control y 50 pacientes en un grupo de estudio y llegaron a los siguientes resultados: los (as) usuarios (as) consideran de gran ayuda la visita preanestésica de enfermería para disminuir la ansiedad, los pacientes que no recibieron la visita preanestésica por parte de enfermería presentaron mayor ansiedad, tanto durante los días previos a la intervención, como en el momento prequirúrgico. Lograron demostrar la efectividad de la visita preanestésica de enfermería, así como comprobar la poca información con la que cuentan los pacientes acerca de los cuidados enfermeros, anestesia y protocolo quirúrgico. De acuerdo con la conclusión, la visita preoperatoria de enfermería forma parte importante del trabajo enfermero dentro de su rol independiente y constituye una gran ayuda desde el rol de colaboración para el anestesiólogo.

### **En el ámbito nacional**

A nivel nacional, en el Hospital Dr. Calderón Guardia durante los años 2005 a enero del 2007, un estudio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca reveló que la persona debe prepararse psicológicamente para cualquier intervención quirúrgica, para lo cual se debe ofrecer información veraz en un vocabulario sencillo, favorecer las técnicas de relajación, escuchar para tratar de eliminar los miedos, respetar las creencias y disminuir la

ansiedad, con el fin de que la estadía hospitalaria sea más corta, el dolor menor, reducir la necesidad de analgésicos, el postoperatorio sea más corto y la persona tenga un sentido de bienestar y de control.

En el caso propiamente de estudios sobre la intervención de Enfermería en Costa Rica para apoyar a las personas que son sometidas a procesos quirúrgicos no existe.

## 1.2 JUSTIFICACION

La enfermedad o la alteración de la salud poseen connotaciones psicológicas importantes, que de una u otra forma tienen impacto sobre la respuesta y evolución de los tratamientos instaurados, sean estos médicos o quirúrgicos. Una condición patológica intensa o prolongada desorganiza el estado psíquico, amenaza la integración mente-cuerpo, afecta la capacidad de desear y la actividad de pensar.

La hospitalización impone a la persona con procesos mórbidos una socialización desde su ingreso. Desde que llega a la oficina de admisión empieza a perder su privacidad, pues debe responder a muchas preguntas de índole personal, pierde libertad, se le imponen reglas y horarios no habituales; *tienen miedo de ser mutilados y de morir. Ellos no pueden anticipar que les pasará: se les quitan sus ropas y sus objetos personales, y son colocados en un rol pasivo* (King, 1984, p.17). Su intimidad deja de existir, se altera su patrón de ingesta y sueño; inicia una nueva aculturación en la cual debe mantenerse el tiempo que permanezca internado.

Este proceso de socialización ocasiona alteraciones emocionales inherentes a la situación vivida en ese momento. El buen paciente es sumiso, obediente, no cuestiona el tratamiento y depende de los cuidados y órdenes que se le impongan, debe convivir con personas completamente desconocidas y revelar intimidades, pues comparte el mismo cubículo involucrándolo en un grupo de iguales, al mismo tiempo que debe luchar por mantenerse en la nueva cultura. Aprende el valor de la vida, se somete a reglas y normas establecidas por dicha estructura, perdiendo completamente su independencia y dignidad, al mismo tiempo que teme quejarse o criticar por temor a las consecuencias.

Cultural y socialmente es importante el sexo, la edad, el estado civil y la religión. Según López (1996), las personas solteras son visitadas por grupos de amigos y compañeros y conforme avanza el internamiento van perdiendo visitantes. Las personas casadas generalmente dejan los cuidados hogareños para iniciar una nueva convivencia y mantienen un mayor respeto. La religión es un aspecto muy importante, pues el individuo con procesos mórbidos presta mucha atención a su vida espiritual. Esta situación sociocultural tiene mucha influencia en el aspecto emocional de la persona durante el internamiento.

Las necesidades emocionales del (la) paciente están determinadas por su capacidad de adaptación a las situaciones que le representan peligro y el riesgo que la cirugía brinda, al asociarla con acontecimientos de su historia. El temor, la angustia y la ansiedad son parte de las alteraciones emocionales que ofrece el internamiento. En el hogar, el enfermo (a) es el

centro de atención, lo que le da una sensación de bienestar; sin embargo, en el hospital es uno más dentro del grupo de enfermos, se despersonaliza y es invadido su espacio constantemente. *El ambiente interno de los seres humanos transforma la energía que los capacita para adaptarse a los cambios continuos del ambiente externo* (King, 1984, p17).

Los tratamientos quirúrgicos son mutilantes, invasivos y generan sentimientos de ansiedad y temor a lo desconocido; o bien lo hace revivir experiencias pasadas que pueden ser gratas, álgidas o traumáticas.

Para Escamilla (2005), el sufrimiento psicológico y el estrés preoperatorio pueden retrasar la recuperación. Las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden representar alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas y que implican cierto riesgo de vida. Es decir, el individuo se enfrenta a su vulnerabilidad y busca refugio en la enfermera y otros cuidadores.

Para López Roig (1991) citado por Barrilero y otros, la cirugía constituye un potente estresor y sus características dependen, no solo de la hospitalización, sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable de las elevaciones de ansiedad. Esta se puede manifestar de diversas formas tales como apatía, mal humor y rebelión. Estas formas deben ser una señal de alerta para la enfermera y el enfermero.

Moix (1994, p 167-175) considera que *la recuperación de la persona una vez operada depende principalmente de dos factores: el estado de su*



*organismo antes de la intervención y la complejidad de la misma. Una alteración hemodinámica, el mal manejo de una enfermedad crónica, asociado con un estado nutricional deficiente; y una compleja cirugía, aumentan la probabilidad de que su convalecencia sea larga y difícil. Un tercer factor que parece incidir en la recuperación del paciente es su estado psicológico antes de la intervención; una adecuada dirección de la ansiedad y la buena actitud ante el evento quirúrgico permiten una mejor recuperación. Sin embargo, en nuestro medio, la prioridad la tienen los aspectos biológicos y fisiológicos, restando importancia a las necesidades emocionales y afectivas de las personas. Los niveles de ansiedad y temor excesivos previos a la cirugía constituyen un inconveniente, como es el caso de las crisis hipertensivas por estrés. El optimismo, la fe y las expectativas relacionadas al acto quirúrgico son indispensables para la óptima recuperación; así mismo, la (el) enfermera (o) debe contribuir con esas expectativas.*

Como ciencia, la Enfermería se basa en conceptos y conocimientos obtenidos de forma sistemática que sustentan los principios y objetivos necesarios para su desempeño. Como ciencia y arte debe contar con las bases psicológicas, fisiológicas y personales indispensables para la atención a las personas; así mismo, debe ir en busca de signos y síntomas de los primeros niveles de ansiedad; pues, *factores que producen stress, miedo, ansiedad, interrogantes y expectativas hacen todavía más complejas las situaciones donde se requiere de la enfermería.* (King, 1984, p18). Para lograrlo es necesaria la buena comunicación, la empatía y la

valorización personal e individual que permitan establecer los cuidados idóneos para cada persona enferma. Una de las metas del profesional en Enfermería es disminuir los agentes estresores que pueden ocasionar complicaciones durante el acto quirúrgico, por ejemplo, hipertensión, aumento de sangrado, predisposición a la infección, entre otros y que retrasan la recuperación, incrementando los costos por prolongación de la estancia hospitalaria e impidiendo la rotación de las camas y engrosando las listas de espera.

Según Ruiz (2000, pp 231-236), la relación enfermera(o) paciente es la comunicación o proceso por el cual una persona transmite a otros pensamientos, sentimientos e ideas; sin embargo, existen situaciones en donde esta se obstaculiza o bien no se logra.

La enfermería tiene como función ayudar al individuo enfermo o sano con el fin de restablecer y/o mantener su bienestar; por eso, la comunicación se convierte en una herramienta esencial, ya que permite establecer la relación enfermera (o) – persona, para así identificar la necesidad del enfermo, percibir su angustia, dudas, temores, incomodidades, conformidad con los procedimientos que le son realizados y, especialmente, proporcionar ayuda ante experiencias en el proceso de preparación en un acto quirúrgico, en donde el enfermo se siente solo deprimido y suele mostrar ansiedad, intranquilidad, nerviosismo y preocupación.

La teoría de la consecución de objetivos de Imogene King es la manera en que los seres humanos interaccionan con el entorno para mantener su

salud y es esencial para los enfermeros (as), pues permite planear el cuidado de acuerdo con las necesidades propias de cada enfermo, considerando las interacciones del individuo dentro de su entorno.

Imogene King (1984) propone un marco conceptual de sistemas abiertos como base para su teoría y plantea que las personas y el ambiente son un todo, sostiene que el todo es mayor que la suma de sus partes y rechaza el planteamiento positivista que considera que todas las ciencias pueden ser reducidas a procesos físicos y químicos.

Los procesos interpersonales planteados por King buscan entender cómo las enfermeras (os) y las personas establecen una interacción que les permite enfrentarse a diferentes estados de salud del usuario y ajustarse a los cambios en las actividades diarias que requiera la situación. En el desempeño del rol de enfermería existe una participación activa con y para las personas con la finalidad de que puedan alcanzar sus objetivos. El interés central de enfermería es el ser humano en interacción con su entorno y establece relaciones observables entre enfermera paciente y estas relaciones se logran a través de la comunicación (Marriner, 1997, p. 308).

La consecución de los objetivos está planteada a partir de tres sistemas: personal, interpersonal y social. El sistema personal se basa en el conocimiento del individuo, tomando en cuenta elementos tales como percepción, concepto del yo, crecimiento y desarrollo, espacio y tiempo. La percepción se define como la representación que la persona tiene de la realidad. En esta etapa son importantes las experiencias anteriores, el

concepto de si mismo, los grupos socioeconómicos, la herencia biológica y la formación recibida; esta situación es modificada por los procesos patológicos que requieren cirugía.

Por otro lado, el sistema interpersonal enfatiza la interacción entre una persona y el entorno, o entre una persona y otra que manifiesta sus conductas verbales y no verbales dirigidas hacia un objetivo, favoreciendo las transacciones. El entorno interno y externo del hospital está relacionado con las condiciones propias del individuo y con los aspectos relacionados con la hospitalización.

La comunicación forma parte del sistema interpersonal, proceso mediante el cual la información pasa de una persona a otra, bien sea directa o indirectamente, es un componente de las interacciones. Los signos verbales y no verbales en la comunicación enfermera-usuario (a) deben ser revisados; el cambio de horario de las enfermeras y el resto del personal hospitalario, el tiempo extraordinario. Así mismo, el recargo de funciones impide la relación consistente de ambas durante las actividades cotidianas realizadas por la enfermera.

Las interacciones deliberadas que conducen al logro de un objetivo es transacción y es de suma importancia la conducta observable de los seres humanos y su desempeño dentro del entorno.

Con respecto al sistema social, King señala que en él intervienen el conjunto de conductas que se espera de las personas que ocupan una determinada posición en el sistema social, normas que definen los derechos y obligaciones asociados a la posición, lo cual es denominado

como rol y cuando sus expectativas difieren de la realidad se produce un conflicto de rol, generando una confusión que disminuye la efectividad de los cuidados de enfermería proporcionalmente.

El estrés, como estado dinámico por el cual el ser humano interacciona con su entorno, indiscutiblemente es parte del ambiente hospitalario y del proceso de enfermedad e internamiento. Las personas que están hospitalizadas para intervenciones quirúrgicas muestran conductas de temor y ansiedad porque perciben el tratamiento como una amenaza. La información precisa y oportuna sobre el tratamiento que se les aplica ayuda a reducir el miedo a lo desconocido y disminuye el estrés.

Una de las metas propuestas para las personas sometidas a cirugía mayor es disminuir la alteración de su estado emocional; minimizando agentes estresores, los cuales una vez identificados, requieren de la actividad de Enfermería como medida para disminuir complicaciones, favorecer la rápida recuperación y el retorno a su actividad cotidiana.

Este estudio está basado en la consecución de objetivos de la teoría de King. De acuerdo con la teoría propuesta, los diferentes procesos quirúrgicos, ya sean ambulatorios u hospitalizados, son generadores de ansiedad y temor. Una vez identificada la fuente de estrés, los (as) profesionales en Enfermería junto con la persona que será sometida a cirugía deben buscar estrategias para disminuir la ansiedad, evitar complicaciones y favorecer la recuperación. La persona enferma, su familia, la enfermera y otros profesionales deben participar activamente en la toma de decisiones para alcanzar los objetivos.

La vivencia en la intervención quirúrgica de la enfermedad-hospitalización del (la) usuario (a) moviliza poderosas fuerzas biológicas y psicosociales como respuesta al trauma anestésico y quirúrgico, convirtiéndose en una amenaza de gran magnitud para quien tiene que someterse a ella, implicando cambios en el estilo de vida, roles familiares, sociales y laborales, los cuales ocasionan pérdida de autonomía frente a la limitación corporal originada por la intervención quirúrgica (Ruiz López y otros, 2000, pp. 231-236).

Con el avance de la ciencia y la tecnología quirúrgica se ha incrementado la frecuencia del tratamiento quirúrgico. El Departamento de Cirugía del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia está ubicado en la ciudad de San José y es un hospital clase A altamente congestionado por la gran afluencia de personas con procesos mórbidos médico quirúrgicos, procedentes de las provincias de Cartago, Limón y sectores bastante poblados de San José; realiza alrededor de 50 a 55 cirugías diariamente.

Debido a la reducción del espacio físico ocasionada por el incendio del 2005 y los costos de hospitalización, esta gran demanda requiere de una corta estancia hospitalaria para la persona que necesita un procedimiento quirúrgico, impidiendo la intervención especializada para cuidado adecuado de esas personas durante el perioperatorio. Es decir, no se enfatiza en la etapa preoperatoria, considerada como una de las más importantes para valorar el grado de ansiedad. Por tal motivo en la práctica clínica se evidencian nuevos problemas en la atención integral de las personas que serán expuestas a una cirugía.

Una intervención quirúrgica de bajo riesgo puede ser considerada muy importante para el paciente, aunque el personal de salud no lo perciba así y los efectos son diferentes porque cada persona percibe la cirugía de forma única. Por eso se observa una amplia gama de respuestas, entre las cuales se encuentran: ansiedad, temor, enfado, incapacidad de adaptarse, dificultad para tomar decisiones, tensión emocional, depresión y muchas otras.

Debido a lo expuesto anteriormente surge el interés investigativo por lo cual se plantea el siguiente problema.

### **PROBLEMA**

¿Cuál es la intervención de Enfermería que se brinda en el periodo perioperatorio y el nivel de ansiedad que presentan las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia, según los fundamentos de Imogene King, durante el primer trimestre del 2010?

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar la intervención de Enfermería que se brinda en el periodo perioperatorio y el nivel de ansiedad que presentan las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica en el Hospital R.A. Calderón Guardia, según los fundamentos de la teoría de Imogene King, durante el primer trimestre del 2010.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los factores demográficos de la población en estudio.
2. Identificar los factores personales según la teoría de I. King que influyen en el nivel de ansiedad que presentan las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica.
3. Identificar los factores interpersonales según la teoría de I. King que influyen en el nivel de ansiedad que presentan las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica de acuerdo con la teoría de Imogene King.
4. Identificar los factores sociales según la teoría de I. King que influyen en el nivel de ansiedad que presentan las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica de acuerdo con la teoría de Imogene King.
5. Analizar la intervención de enfermería quirúrgica brindada en el perioperatorio a las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica y el nivel de ansiedad que presentan



## **CAPÍTULO II**

# **MARCO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

La salud es un estado dinámico del ciclo de la vida; la enfermedad se considera como una interferencia en el continuo del ciclo de vida.

Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes interno y externo, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana óptima.

La Organización Mundial de la Salud considera la salud como algo deseable asociada al bienestar físico, pero en él influyen también el bienestar psíquico o mental, así como la situación social. Tanto la salud, como el bienestar, son bienes muy preciados e influyen en las personas y en las instituciones dentro de las cuales, para alcanzar cierto grado de bienestar, son necesarios los cuidados que otros estén dispuestos a prestar.

#### **2.1. Intervención de Enfermería**

El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: física, mental y social. Según Florence Nightingale, citada por Kerouac (1996), son las personas que han recibido una formación en enfermería para administrar la atención, pues comprenden los principios de una gestión eficaz de los cuidados y tienen la competencia de cumplir este trabajo.

A través de los años, la disciplina enfermera ha utilizado diferentes escuelas de pensamiento para el planeamiento de los cuidados. La escuela de los efectos deseables es una corriente de pensamiento, propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.

La persona es un sistema adaptativo que utiliza los procesos internos con el fin de lograr objetivos individuales, es decir, la supervivencia, el conocimiento, la reproducción y el desarrollo (Kerouac, 1996, p 35). Para ello requiere de mecanismos esenciales de adaptación, tanto reguladores, como cognitivos. Los mecanismos reguladores funcionan por mediación de procesos fisiológicos, químicos, neurológicos y endocrinos, permitiendo al organismo adaptarse a los cambios del entorno; mientras que los segundos utilizan procesos psicológicos y sociales, permitiendo a la persona adaptarse emocional y cognitivamente a los cambios del entorno.

## **2.2. Enfermería perioperatoria**

La enfermería perioperatoria abarca funciones de la enfermera relacionadas con la intervención quirúrgica de una persona; se desarrolla en tres áreas: pre, trans y posoperatorio inmediato.

La fase preoperatoria inicia con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica y concluye con el ingreso de la persona al quirófano. Las actividades de enfermería durante ese periodo incluyen realizar una

valoración de base antes del día de la cirugía, una entrevista preoperatoria y una valoración física y emocional, así como las pruebas previas al procedimiento, coordinar con otros servicios en casos necesarios y brindar información al usuario (a) acerca del transoperatorio, recuperación de la anestesia y el tratamiento posoperatorio.

El día de la cirugía se debe verificar la identidad de la persona y se repasan las instrucciones dadas previamente. Si la persona regresa ese mismo día a su hogar las actividades de la enfermera pueden limitarse a realizar o actualizar la valoración preoperatoria del usuario (a) y contestar las preguntas que el (ella) o su familia puedan tener.

En la fase transoperatoria las funciones y actividades de la enfermería pueden ser tan amplias como iniciar una infusión intravenosa, encargarse de una amplia gama de métodos de vigilancia fisiológica durante la intervención y emprender medidas orientadas a la seguridad de la persona, incluyendo el apoyo emocional y asumir funciones de instrumentista o circulante.

En el periodo posoperatorio el campo de la enfermería cubre una variedad de actividades. En el posoperatorio inmediato vigilar y valorar los efectos de los agentes anestésicos y del procedimiento quirúrgico, proporcionar comodidad, alivio del dolor y prevenir complicaciones.

La enfermería quirúrgica se debe centrar en un preoperatorio integral que permita un transoperatorio efectivo y promover la recuperación de la

persona a través de recomendaciones, el seguimiento y las referencias esenciales para restablecer la salud e incorporarse a la vida cotidiana.

### **2.3. Teoría de la consecución de objetivos de Imogene King**

La teoría de la consecución de objetivos planteada por Imogene King pertenece a la escuela de los efectos deseables. King considera la enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera (o) y el enfermo (a) comparten información acerca de sus percepciones de enfermería. La comunicación es un elemento clave para identificar las metas, los problemas e intereses específicos de las personas que interactúan con las enfermeras para lograr sus propósitos en diferentes situaciones.

Para King (1984), la salud se relaciona con la manera en que los individuos se enfrentan a las tensiones de crecimiento y desarrollo, al mismo tiempo que se desenvuelven dentro de un patrón cultural en el cual nacieron y al cual tratarán de adaptarse.

Los individuos ven la salud como un estado funcional en su ciclo de vida; la enfermedad indica una interferencia en ese ciclo, sobre todo cuando existen factores que dificultan sus actividades diarias y autosuficiencia. La conducta de solicitud de ayuda se basa en la percepción, análisis y sentimientos inconscientes de la persona hacia la situación; pues la enfermedad afecta el propio bienestar y el estilo de vida.

La enfermedad puede conllevar a una hospitalización y ante esta situación la persona aumenta su ansiedad porque siente una amenaza real o simbólica de su imagen, pues debe enfrentarse, no solo a la pérdida de bienestar, sino también a la separación de su familia y al internamiento en un entorno extraño. Las personas con procesos mórbidos tienen miedo de ser mutilados y de morir; asumen un rol pasivo y esto conlleva a una pérdida de la identidad personal. Los cuidadores tienen autorización para tomar decisiones y realizar cualquier intervención sin siquiera preguntar. La persona con procesos mórbidos se supone ha de tolerar toda intervención sin queja; la invasión de su cuerpo y de su vida privada, intervenciones penosas o no convenientes y la suspensión de preferencias de comida, sueño y aseo.

El proceso quirúrgico tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas. Este proceso puede clasificarse de tres formas diferentes: 1) obligado, en este proceso la vida de la persona se encuentra comprometida; 2) opcional, cuando la persona decide entre el tratamiento quirúrgico o el tratamiento médico alternativo y 3) no inmediato, en el cual la omisión del tratamiento quirúrgico no reviste efectos graves y puede esperar.

Desde el punto de vista de la persona sometida a intervención quirúrgica ninguna cirugía carece de importancia. El proceso quirúrgico ocasiona cambios psicofísicos en las personas con procesos mórbidos que requieren cirugía, pues es un proceso traumático que conlleva a una agresión al

organismo en su conjunto. Al ingreso al hospital, la persona con procesos mórbidos ingresa a un medio que no solo le es extraño y diferente, sino que también está asociado con ansiedad, recelo e incluso temor afectando directamente al usuario y su familia. El profesional en enfermería quirúrgica conciente de estos sentimientos, debe asistir al usuario (a) mediante una visita pre y posquirúrgica con el objeto de reducir al máximo los posibles efectos traumáticos del proceso quirúrgico. A través de una adecuada comunicación y orientación sobre su proceso quirúrgico se transmite a la persona información pertinente mediante un lenguaje sencillo y adecuado a sus posibilidades intelectuales (edad, nivel cultural y entorno). Con esto se consigue reducir la ansiedad, tranquilizarla y evacuar todas sus dudas. Cada sujeto reacciona de forma distinta, según su edad, cultura, profesión, su autoimagen y autoestima.

Los familiares consideran la operación como una alteración en sus vidas. La familia puede estar preocupada por el regreso de su pariente a la vida productiva normal; algunas personas se unen para apoyar al enfermo en su proceso de enfermedad y hospitalización, se hacen presentes y se muestran afectuosas y atentas.

El estrés quirúrgico se refiere a toda situación o evento que requiere una demanda superior de los recursos orgánicos de la persona (físicos, mentales y emocionales). La extirpación quirúrgica de algún órgano o tejido produce una deformidad o alteración funcional lo cual genera miedo al paciente.

La adaptación al estrés quirúrgico produce reacciones muy variadas; la reacción defensiva le permite al paciente mantenerse estable en su medio interno con una compleja regulación neuroendocrina u homeostasis frente a la agresión. Al mismo tiempo está interesado (a) en la cirugía y las posibilidades de mejorar su salud e integrarse pronto a su vida cotidiana.

Según Potter y otras (1998), cuando se programa una cirugía ambulatoria suele ser difícil evaluar sentimientos con exactitud pues dispone de poco tiempo para establecer contacto más directo con la persona interesada. En el caso de las personas hospitalizadas, la enfermera (o) puede dedicar más tiempo para evacuar dudas y temores, así como explicar que es normal sentir miedo y preocupación y puede explorar en situaciones anteriores acerca de cómo fue manejado ese evento.

La disposición de la persona enferma para revelar sus sentimientos depende de la actitud de la enfermera para preguntar, escuchar, dar apoyo y evacuar dudas. A su ingreso al hospital, la persona asume el rol de paciente. De acuerdo con Wilson (1963) citado por Latorre y otros (1992), generalmente consiste en adoptar el papel de paciente bueno, en no demandar atención, ni información, en ser pasivo. Esta actitud se fundamenta en la creencia de que el personal de salud está muy ocupado y no le gusta que le molesten.

De acuerdo con Rojas (2009), la teoría de Imogene King se basa en el supuesto general de que el centro de la enfermería es la interacción de los seres humanos con su entorno, la cual conduce a los individuos a un



estado de salud que les hace capaces de funcionar dentro de su rol social. En donde la persona es un ser social, racional y perceptivo orientado a la acción y al tiempo.

King basa su teoría en tres sistemas; estos sistemas le permiten a la enfermera (o) identificar problemas por medio de la interacción con el usuario (a) y plantear objetivos y metas para alcanzar un nivel óptimo de salud que le permita reintegrarse a su entorno.

## **SISTEMA PERSONAL**

El sistema personal considera al individuo como un todo, es el centro de la teoría de King. Está conformado por cinco elementos:

- Percepción
- Concepto del yo
- Crecimiento y desarrollo
- Tiempo
- Espacio

La percepción es la forma de organizar la información a través de medios sensoriales y la memoria en interacción con el medio y tomando como base las experiencias pasadas, concepto de uno mismo, la herencia biológica, la educación y el aspecto socioeconómico.

El concepto del yo está relacionado con todo lo que se es, lo que se piensa de uno mismo, lo que se es capaz de hacer y con la consciencia del mundo interior.

El crecimiento y desarrollo se refiere a los cambios físicos, biológicos y psicológicos por los cuales pasa el individuo a través de su vida.

El espacio es el área física que ocupa cada persona y depende de la distancia, el tiempo, la percepción, entre otros.

El tiempo es la duración y el orden de un evento y que determina las experiencias de los seres humanos de forma única.

## **SISTEMA INTERPERSONAL**

Este sistema es muy importante pues incluye la interacción. Conforme aumenta el número de individuos, la complejidad de las interacciones también aumenta; conceptos como interacción, comunicación, transacción, rol y estrés son esenciales para la comprensión de dos o más personas interactuando en una situación determinada. La comunicación implica muchos aspectos indispensables para las buenas interacciones con los demás; de ahí su importancia en el uso de Enfermería.

El proceso de las interacciones requiere de una secuencia de conductas verbales y no verbales dirigidas hacia un objetivo. Dos o más seres humanos que interactúan tienen variantes complejas. Y cada uno tiene un conocimiento personal, necesidades, objetivos, expectativas, percepciones

y experiencias pasadas que influyen en las interacciones; sin embargo, para que existan las interacciones es importante reconocer en cada persona la percepción, el juicio y la acción, pues a través de la comunicación permiten y facilitan las transacciones; o sea, estos tres elementos son indispensables para la enfermería, elementos que King detalla a profundidad.

El siguiente esquema resume tres de los cinco conceptos, importantes de la teoría de King por considerarlos fundamentales. Entre ellos existe una relación muy estrecha.

**Figura 1**

**Resumen de los tres conceptos más importantes de la teoría de Imogene King**



El intercambio de pensamientos y opiniones entre los individuos se denomina comunicación y a través de ella se lleva a cabo la interacción social y el aprendizaje. La comunicación verbal es eficaz cuando satisface el contacto directo entre las personas. La comunicación no verbal incluye gestos, expresiones faciales, acciones y posturas al escuchar y al sentir. En la comunicación influyen las interacciones de los objetivos de las personas, sus necesidades, expectativas y es el medio de intercambiar información con el medio ambiente. La comunicación intrapersonal está relacionada con la herencia, neurodesarrollo para percibir y comprender los mensajes, forma parte de la comunicación no verbal. La interpersonal es la que se da entre dos o más personas, es compleja y es un elemento en todas las interacciones humanas y los sistemas interpersonales. El cuidado de la enfermería requiere de conocimiento de la comunicación y habilidad para relacionarse con diversas personas.

La transacción es el proceso de interacción de los seres humanos con su ambiente con el fin de alcanzar metas; son conductas humanas encaminadas hacia los objetivos, contribuye en las relaciones enfermera (o) y las personas en interacción recíproca. Cuando se logran las transacciones, la tensión o el estrés se reducen en una situación

En resumen, la percepción es un conocimiento esencial en el estudio de las interacciones entre las personas que conllevan a las transacciones.

El rol se incluye dentro de los sistemas interpersonales porque los roles identifican las relaciones interactivas y los modos de comunicación.

El término rol está dado por varios elementos; se usa para prescribir, evaluar y señalar obligaciones o bien para referirse al yo o al otro. Dentro de los elementos, el rol es un conjunto de conductas que se espera de quien ocupa una posición determinada dentro de un sistema social; el segundo elemento está asociado con las reglas y procedimientos, definen los derechos y obligaciones en una posición dentro de la organización y, por último, es la relación con uno o varios individuos que interactúan en situaciones específicas para el mismo propósito.

Reconocer el rol dentro de las interacciones es fundamental para el (la) profesional en Enfermería. Un mal entendimiento y una percepción deformada del rol, ya sea el propio o el de la otra persona que solicita atención, influye directamente en el cuidado.

El estrés es un estado dinámico del organismo y se manifiesta de diferentes maneras: fisiológica, psicológica y social, en donde el sistema nervioso central reacciona ante la amenaza y la huida y es subjetivo. La ansiedad, la depresión y el estrés interfieren en la capacidad de los seres humanos para responder y enfrentar determinadas circunstancias.

El estrés es un componente habitual en la vida, responde a una causa y cambia su intensidad. Cada persona tiene una respuesta única ante los acontecimientos, dependiendo de la experiencia, percepción e interacción con los acontecimientos.

## **SISTEMA SOCIAL**

Es el último de los sistemas planteados en la teoría de King y se relaciona con la naturaleza de la vida en grupos sociales. Un sistema social es organizado por límites, roles sociales, conductas y prácticas desarrolladas para mantener valores y mecanismos reguladores de prácticas y normas. Por su estructura puede ser formal e informal; dentro de ambas se identifican funciones como roles prescritos, posiciones, líneas de autoridad y comunicación.

Los conceptos de organización, poder, autoridad, estatus y toma de decisiones son características de los sistemas sociales y, por ende, muy importantes para Enfermería.

Las personas cursan toda su vida activa desenvolviéndose en organizaciones, fuerzas sociales que moldean y desarrollan cualidades y hábitos personales. Toda organización se mide por valores humanos, patrones de conducta, necesidades, metas y expectativas, un ambiente natural en el que los recursos materiales y humanos son necesarios para el logro de metas; forman grupos para alcanzar objetivos y tecnología que facilita su logro.

La autoridad es un proceso caracterizado por relaciones recíprocas y activas, en la cuales los valores, antecedentes y percepciones de los miembros inciden para definir, validar y aceptar la autoridad de las personas dentro de la organización. Es esencial en las organizaciones formales. Guía y dirige la conducta de sus miembros. La autoridad se

ejerce en donde exista por lo menos una persona denominada como superior y otra subordinada, en donde la cooperación y comunicación son esenciales. La enfermera puede ser vista como autoridad en virtud de sus conocimientos, habilidades y posición interna.

El poder está estrechamente ligado a la autoridad, su influencia y efectos se encuentran en toda organización; existe en relación a un determinado evento. Es la capacidad de usar los recursos en las organizaciones, es dinámico, se observa como pérdida o ganancia en la vida y está orientado hacia el logro de los objetivos y las metas. El poder es necesario para que exista orden en la sociedad y mejore el equilibrio del grupo.

El estatus es la posición de un ser humano dentro de un grupo y cómo es percibido por el resto de las personas dentro de la organización; es un asunto de estratificación social asociado a lo que uno es, lo que hace, con quien uno conoce y lo que se ha logrado. Depende de la ubicación (padre, hijo, funcionario, etc) si ostenta alguna posición que las personas consideran como elevada.

El concepto toma de decisiones no solo se basa en hechos, sino en los juicios de valor en la selección de metas que se desea alcanzar. Moldean el curso de acción requerido en situaciones específicas dependientes de las circunstancias, influyen el tiempo, cantidad de decisiones y las personas que intervienen. La toma de decisiones es un proceso dinámico y sistemático por medio del cual se eligen alternativas con base en

objetivos; se dirige a un individuo o grupo con la finalidad de solucionar un problema y lograr una meta.

La toma de decisiones es el proceso central de la administración y rige las actividades de la organización; es un proceso continuo, pues una decisión tomada conlleva a otras disposiciones o medidas que regulan la vida y el trabajo de cada persona basado en objetivos y el curso de acción integrado en el menor tiempo posible.

Por último, la teoría de Imogene King ofrece un marco conceptual de sistemas abiertos, en donde la persona y el entorno constituyen un todo, el todo es mayor que la suma de sus partes y rechaza el pensamiento positivista, según el cual todas las ciencias se reducen a procesos físicos y químicos.

#### **2. 4. PERIODO PERIOPERATORIO**

Las bases de la asistencia perioperatoria se le atribuye a Florence Nightingale por el desarrollo de su teoría ambiental de los cuidados de las personas. De acuerdo con su postulado, la enfermera es responsable de crear y mantener las mejores condiciones ambientales para facilitar la cicatrización natural de las heridas. Ella hizo énfasis en la educación y el trabajo en equipo.

La enfermera perioperatoria identifica las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales del usuario; desarrolla un plan asistencial, coordina



las intervenciones y da seguimiento a la evolución durante la recuperación del individuo sometido a procedimientos quirúrgicos.

La seguridad y bienestar de la persona sometida a cirugía son responsabilidad de la enfermera perioperatoria; así mismo, el (la) usuario (a) debe percibir que la enfermera se preocupa por su bienestar.

La participación perioperatoria de la enfermería es especializada en cuidados individuales y generalizados. Los cuidados individuales nacen de una preocupación real del ser humano, mientras que los cuidados generales se derivan del conocimiento científico desarrollado a través de la investigación y la práctica clínica.

Las principales funciones de la fase preoperatoria están relacionadas con las pruebas previas a la admisión, unidad quirúrgica, permanencia en el área de espera tales como identificación del usuario, verificación del área quirúrgica, revisión del expediente y valoración emocional.

En el periodo intraoperatorio las funciones están en estrecha relación con las medidas de seguridad, vigilancia fisiológica, apoyo psicológico, si la persona está consciente previo a la inducción anestésica.

Por último, en el periodo posoperatorio se contempla el traslado de la persona a la unidad de recuperación, valoración posoperatoria, hospitalización en la unidad quirúrgica correspondiente y el egreso.

## **2.5. COLECISTECTOMIA**

La colecistectomía es el tratamiento definitivo para personas con enfermedades de la vía biliar. Se lleva a cabo en individuos con colecistitis aguda o crónica con o sin cálculos biliares.

En las últimas décadas la mortalidad por colecistectomía electiva es del 0.5% y en personas menores de 50 años fue de casi 0.1%. La causa más frecuente de muerte después de una colecistectomía electiva es la enfermedad cardiovascular, de ahí la importancia de realizar una buena valoración.

## **OBJETIVO QUIRÚRGICO**

Es la reconstitución del tránsito para que los conductos biliares puedan drenar directamente al intestino. Este procedimiento se realiza para evitar o tratar la inflamación aguda de la vesícula y la obstrucción de las vías biliares.

## **2.6. COLECISTITIS CRÓNICA Y COLELITIASIS**

El término colecistitis crónica con colelitiasis se emplea a menudo para designar la enfermedad sintomática de la vesícula biliar. Los cambios inflamatorios crónicos en la vesícula de muchos usuarios con cálculos sintomáticos, pero estos también existen en una vesícula normal y los

síntomas se presentan en ausencia de inflamación. Aproximadamente el 98% de las personas con enfermedad sintomática tienen cálculos.

La colecistitis crónica es de dos tipos: uno de ellos sigue un episodio de colecistitis aguda y el otro ocurre primeramente sin antecedentes de colecistitis aguda. Uno es llamado colecistitis crónica secundaria y el otro colecistitis crónica primaria.

La colecistitis aguda es causada por la obstrucción del orificio de salida de la vesícula, generalmente por un cálculo. Es característico el engrosamiento de la pared vesicular por edema y existe hemorragia subserosa, considerable infiltrado inflamatorio y necrosis de la mucosa. Si no existe perforación, estas anomalías se resuelven en tres o cuatro semanas. Simultáneamente, la formación de granuloma empieza al final de la tercera semana y la proliferación de fibroblastos con formación de colágena comienza después de dos o tres semanas. Hacia las cinco semanas ocurre fibrosis en la capa muscular.

La colecistitis crónica primaria se caracteriza por una vesícula de pared delgada con mucosa intacta que conserva su aspecto vellosa. Casi siempre existen cálculos en ambas formas de colecistitis crónica.

La colecistitis crónica se caracteriza por ataques recurrentes de dolor en el cuadrante superior derecho o en el epigastrio o molestias que habitualmente aparecen después de las comidas. Ocurren náuseas y vómitos durante el ataque y el vómito autoinducido suele hacer que la persona se sienta mejor. Las molestias persisten por varios días o

solamente algunas horas. Los ataques son variables, pueden ser continuos o separados por varios años. Estos síntomas siguen a un episodio de colecistitis aguda o empiezan en forma insidiosa y no presentan signos de inflamación.

## **2.7. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

La colecistectomía se lleva a cabo con anestesia general. Se introduce una aguja a través de la cicatriz umbilical y con dióxido de carbono se crea neumoperitoneo utilizando cuatro trocares; uno umbilical de 10 mm, uno adicional de 10 mm en la línea media y dos trocares accesorios de 5 mm en la línea axilar anterior diseñados específicamente para ese fin. Este procedimiento requiere un endoscopio a través de una pequeña incisión practicada cerca del ombligo y una óptica de 30° para visualizar la vesícula. Si la vesícula está muy edematizada la disección es más difícil.

Existen tres métodos; uno de ellos consiste en prender la vesícula, otro en realizar succión e irrigación y un tercero en introducir instrumentos para disección y aplicación de grapas.

Los riesgos pueden ser sangrado incontrolable, lesión del colédoco y lesión de otros órganos. Dentro de las ventajas está la ausencia de cicatrices grandes y la corta estancia hospitalaria.

## 2.8. ANSIEDAD Y EL PROCESO QUIRÚRGICO

La ansiedad es una emoción primaria inherente al ser humano. Es el resultado de un mecanismo de defensa ante una situación amenazante y peligrosa la cual provoca alteraciones biológicas propias del evento. Esto ocurre en grados que van desde la ansiedad leve y moderada hasta la grave y el pánico (temor, terror, pánico y sensación extraña). Es un mecanismo de adaptación que emerge a la conciencia cuando existe un deseo, conflicto o amenaza que estimula niveles bajos de ansiedad y genera una adaptación automática. Existen dos tipos: la ansiedad en un nivel muy bajo, casi imperceptible que desencadena procesos de adaptación y niveles más elevados de angustia en donde los procesos de adaptación o defensivos son inadecuados y aparecen en la conciencia.

Los niveles de ansiedad elevados son sobrecarga de estímulos; se caracterizan por altos niveles de actividad fisiológica autónoma y por confusión mental. De acuerdo con Bowen (1990), los mecanismos de defensa están presentes en todos los individuos y cumplen diferentes funciones esenciales para mantener el bienestar psicológico. La ansiedad y otros mecanismos de defensa no son realidades directamente observables, su operación infiere de la conducta del individuo; son fenómenos pasajeros que aumentan o disminuyen con el grado de tensión y funcionan de forma inconciente.

La ansiedad también es transmitida mediante observaciones empáticas, cuando una persona ansiosa evoca la ansiedad en otros en una situación determinada.

La experiencia de enfermedad es en sí provocadora de ansiedad. Las personas hospitalizadas tienen respuestas características, manifiestan conductas tales como:

1. Ansiedad o miedo,
2. incremento de la irritabilidad,
3. pérdida del interés por el medio externo,
4. infelicidad,
5. preocupación con los procesos corporales.

La enfermera debe ser capaz de distinguir estos distintos grados de ansiedad, pues las intervenciones están basadas en discriminación del grado de ansiedad. En niveles leve y moderado, la reducción inmediata de la ansiedad no es tan preocupante como lo es en los grados graves y en pánico; la enfermera debe mantenerse alerta ante la ansiedad grave, o bien la transmitida procedente de persona a persona.

Sullivan (citado por Werner) define la ansiedad como una fuerza disyuntiva, una energía transformada en comportamiento con una tendencia desintegradora; los patrones de comportamiento usados para

aliviar la ansiedad no se mueven hacia la satisfacción de las necesidades. La enfermera debe estar realizando observaciones de los comportamientos del usuario para sentirse seguro. Pero, también, debe estar sensibilizada para percibir o deducir lo que la persona está evitando manifestar.

## **2.9. PROCESO DE ENFERMERÍA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

La valoración inicial de la persona sometida a una intervención quirúrgica abarca diversos factores físicos y psicológicos. Esta valoración permite identificar o anticipar una variedad de problemas con base en los datos reunidos. Entender y valorar el impacto de la intervención sobre el estado emocional del usuario (a) y su familia es función de la enfermera. Debe valorar los sentimientos de la persona ocasionados por la cirugía, los recursos emocionales y cognitivos para afrontar la situación y su imagen corporal.

Dentro de los diagnósticos de enfermería debe contemplarse la ansiedad ante la experiencia quirúrgica y los resultados de la cirugía, pues el objetivo principal será disminuir la ansiedad previa a la cirugía.

Toda cirugía va precedida de alguna forma de reacción emocional, ya sea manifiesta u oculta, normal o anormal. La angustia en el preoperatorio es una reacción anticipada a una experiencia que, a los ojos del enfermo, puede ser una amenaza para su estilo de vida, integridad corporal e incluso

su vida. La intranquilidad afecta las funciones del organismo. Por eso, es necesario identificar el origen de la angustia o ansiedad que sufre la persona.



# **CAPÍTULO III**

## **METODOLOGÍA**

## METODOLOGÍA

En este apartado se describen los procedimientos llevados a cabo para la obtención y tratamiento de los datos. Primeramente se detallan aspectos sobre la metodología cuantitativa; posteriormente se hace referencia al diseño, tipo y método de investigación utilizado; se explican las cuestiones relacionadas con la población y muestra; se presenta el sistema de variables, así como el detalle de los instrumentos y técnicas de recolección de datos. Finalmente, se presenta la estrategia utilizada para el análisis de la información.

### 3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo exploratorio y se desarrolla un diseño cuantitativo, no experimental porque no existe una manipulación premeditada de las variables, la cuales se analizan posteriormente de acuerdo con los datos suministrados por las personas que fueron expuestas a cirugía. Según Hernández Sampieri, otros (2008): *En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos.*

Es transeccional o transversal porque su finalidad es comenzar a conocer un conjunto de variables en un evento determinado y los datos son recolectados en un solo momento, en un tiempo único. Se utiliza el método exploratorio pues lleva la finalidad de indagar sobre un tema poco

estudiado en la institución y su alcance permitirá investigaciones futuras dependientes de las limitaciones institucionales, cuyos resultados permitan mejorar la calidad de los servicios prestados. Las variables estudiadas son de la modalidad de relación porque el propósito es definir la magnitud del problema y plantear otros estudios más rigurosos.

La investigación exploratoria aporta cierto grado de valor explicativo. El análisis está orientado hacia la verificación y la confirmación y le da gran énfasis al análisis de los resultados. Este estudio pretendió explorar la intervención del profesional de enfermería y la ansiedad en sus diferentes niveles, manifestada por las personas intervenidas quirúrgicamente por colecistectomía laparoscópica.

Para la obtención de los datos se utilizan varias y variadas fuentes de información sobre un mismo objeto de conocimiento, con el propósito de contrastar la información recabada. En esta investigación se utilizan dos fuentes de información diferentes: historial de enfermería, el cual brinda la información suficiente para caracterizar a las personas y determinar sus necesidades sociales, personales e interpersonales según los plantea la teorizante Imogene King y un instrumento sobre ansiedad cognoscitiva somática de Cornell para medir respuestas emocionales y fisiológicas con cinco opciones; el cual se aplicará después de la cirugía servicio de cirugía.

### **3.2 POBLACIÓN**

La población está constituida por mujeres vecinas del área metropolitana con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años, ingresadas al servicio de cirugía ambulatoria y corto internamiento del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia, para ser sometidas a colecistectomía laparoscópica.

### **3.3 MARCO MUESTRAL**

Según Kish (1979), el marco muestral corresponde a la lista sobre la cual deben diseñarse los procesos de selección. Por lo tanto, consiste en descripciones con anterioridad del material a partir de los cuales las unidades de la muestra se pueden construir y se puede seleccionar un conjunto de unidades. Para esta investigación se consultó el registro de las cirugías realizadas durante los meses de enero, febrero y marzo; además, el archivo del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia de donde se obtuvo un listado de las mujeres sometidas a colecistectomía laparoscópica en el primer trimestre del 2010, con un total de 30 mujeres residentes dentro del área metropolitana.

### **3.4 TIPO DE MUESTRA**

Para este estudio se define un muestreo simple al azar, dando como resultado 22 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años y vecinas del área metropolitana. Las muestras probabilísticas tienen la característica de que todos los sujetos de la población tienen la misma

probabilidad de ser elegidos. Además, puede medirse el tamaño del error en las predicciones; de tal manera, permite al investigador e investigadora reducir al mínimo el error estándar.

El cálculo de la muestra se realizó mediante la siguiente fórmula:

$fh = n/N = KSh$        $22/27 = 0.81$      $(fh) = Nh \times fh = nh$  con un error menor de 0.015 considerando que sea representativa y permita la generalización de los resultados.

$$n = S^2/V^2 = S^2 = p(1-p) = 0.9(1-0.9) = 0.9$$

$$V^2 = (.015)^2 = .000225$$

$$n1 = 0.09/0.000225 = 400$$

$$n = n1/1 + n/N = 400/1 + 400/27 = 400/14.8 = 25$$

### 3.5. SISTEMA DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Concepto	Operacionalización	Instrumentalización	Indicadores
Género	Sociodemográfica	Genero biológico	Dicotómica	Historial de Enfría Pregunta # 1	Tipo de genero: 0=Masculino 1=Femenino
Estado civil		Condición legal relativa a la pareja	Nominal	Pregunta # 2	Condición legal: 1. casada (o) 2. soltera (o) 3. viuda (o) 4. divorciado (a) 5. unión libre
Edad		Cantidad en años cumplidos	Cuantitativa discreta	Pregunta # 3	de 20 a menos 30 de 30 a menos 40 de 40 a menos 50 de 50 a menos 60

Profesión u oficio		Relacionada con la ocupación que desempeña	Cualitativa	Pregunta # 5	Ocupación a la que se dedica
Fuente de ingresos		Origen del ingreso mensual	Cualitativa discreta	Pregunta # 8	Origen del ingreso mensual 1=asalariado (a) 2=cuenta propia 2=pensionado (a)
Ingresos		Cantidad en centenas de millar de 100-500 o más que percibe mensualmente	Cuantitativa	Pregunta # 9	De 100 a 200 mil  De 200 a 300 mil De 300 a 400 mil De 400 a 500 mil Más de 500 mil
Vivienda		Condición legal de la vivienda	Nominal	Pregunta # 5	1=alquilada 2=propia 3=prestada o cedida
Tiene hijos		Tiene hijos	Dicotómica	Pregunta #10	1=Si 2=No
Lugar de nacimiento		País o provincia de nacimiento	Cuantitativa discreta	Pregunta # 6	1=San José 2=Heredia 3=Cartago 4=Alajuela 5=Puntarenas 6=Guanacaste 7=Limón
Lugar de residencia		Sito donde reside actualmente	Cuantitativa nominal	Pregunta # 6 Pregunta # 4	Lugar geográfico por barrio, cantón o distrito
Nivel de escolaridad		Nivel alcanzado en la educación formal	Cuantitativa ordinal		1=primaria incompleta 2=primaria completa 3=secundaria incompleta 4=secundaria completa 5=universit. Incomplet 6=universit. completa 7=técnica 8=sin instrucción

Variable	Dimensión	Concepto	Operacionalización	Instrumentalización	Indicadores
-Percepción	Sistema personal	Transacciones o interacciones de la persona con el medio que lo rodea	Cualitativa	Preguntas # 11 a 14	Respuestas abiertas relacionada a la hospitalización
-Concepto del yo		Lo que piensa de si mismo y lo que es capaz de hacer	Cualitativa	Preguntas # 15 a 16	Concepto e imagen de si mismo (a) resp. abierta
-Crecimiento y desarrollo		Cambios físicos y químicos que determinan el crecimiento físico y el desarrollo psicológico	Cualitativa	Preguntas # 17 a 20	Relacionada con la cirugía y limitaciones físicas.
-Espacio		La necesidad de espacio y manera de utilizarlo, puede ser menor que el del hogar	Cualitativa	Preguntas # 21 a 23	Asociada al espacio físico dentro del hospital
-Tiempo		Duración entre un evento y otro experimentado por cada ser humano de manera única	Cualitativas	Preguntas # 24 a 25	Respuestas abiertas
-Transacción	Sistema interpersonal	Proceso en el cual las personas se ponen en contacto para alcanzar las metas	Cualitativa	Pregunta #26 a 28	Transacciones entre el (la) enfermera (o) y el usuario (a)
Comunicación		Intercambio de pensamientos y opiniones entre los individuos, medio por el cual se lleva a cabo las interacciones y el aprendizaje	Cualitativa	Pregunta #29 a 32	Comunicación entre el (la) usuario (a) y el profesional de enfermería.
-Estrés		Estado dinámico mediante el cual la persona interactúa con el medio ambiente para regular y controlar las causas	Cualitativa	Pregunta #35 a 36	Causas asociadas a la hospitalización, situaciones familiares y personales
-Rol		Relación con uno o varios individuos que interactúan en situaciones específicas para un mismo propósito	Cualitativas	Preguntas #33 a 34	Ambos roles enfermera (o) y usuario (o).

-Organización	Sistema Social	Unidad social caracterizada por la estructura, funciones y recursos	Cualitativa	Pregunta #37 a 42	Relacionada con la organización personal y familiar del usuario (a)
-Toma de decisiones		Proceso dinámico y sistemático basado en hechos en donde intervienen juicios de valor en la selección de metas que se deben alcanzar	Cualitativa	Preguntas #43 a 45	Basadas en el binomio enfermera (o) usuario (a) incluyendo a la familia.
Ansiedad	Cognoscitiva somática	Sentimiento inherente al ser humano	Escala	Instrumento de ansiedad cognoscitiva somática de Cornell	Nivel de ansiedad de las mujeres en el período perioperatorio.

### 3.6. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

La recolección de datos se realizó mediante un historial de Enfermería basado en la teoría de I. King, el cual consta de 50 preguntas dividido en cuatro apartados. El primer apartado, de preguntas cerradas, permitió la recolección de información sociodemográfica. En los siguientes apartados se recabó información de acuerdo con los sistemas personal, interpersonal y social mediante preguntas de tipo abiertas y cerradas, aplicado a las mujeres que fueron sometidas a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Dr. Calderón Guardia durante el primer trimestre del 2010.

Las personas participantes se entrevistaron en su domicilio donde se encontraban en periodo de recuperación. La validación del historial de enfermería (anexo) se realizó a través del criterio de expertos conformado por cuatro profesionales en enfermería.

Para la medición de los niveles de ansiedad se aplicó a las participantes en el periodo posoperatorio la escala cognoscitiva-somática de Cornell con cinco opciones de respuesta validada para Costa Rica, la cual mide ocho



variables cognoscitivas y tres variables somáticas (véase anexo). Por tratarse de un instrumento ya validado no le fueron realizadas modificaciones; sin embargo, para proteger la identidad de las participantes el espacio correspondiente a nombre se sustituyó por números consecutivos que van del 1 al 22.

### 3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo se sustenta en los siguientes principios bioéticos, según Amaro y col (1996):

El principio de beneficencia: significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea de un profesional de la salud.

Es aplicado por el profesional de enfermería en su interés por las necesidades especiales de estos pacientes, además en el momento en que se interesan por mantener actualizados sus conocimientos.

El principio de no maleficencia: sinónimo del no dañar. Reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no el mal. Como todo fenómeno social, los valores poseen un carácter histórico concreto, de manera que cambian con el propio desarrollo de la sociedad. Por eso, como criterio universal para la determinación de los valores actúa el progreso social: si favorece contribuye un valor; si dificulta u obstaculiza constituye un antivalor. Los y las profesionales en Enfermería practican la no maleficencia, pues esta profesión les proporciona una capacidad peculiar y los faculta

específicamente para contribuir al bien de la persona, de la familia o de la comunidad atendida. Y a su vez, implica un deber para la sociedad.

Principio de autonomía: se define como la aceptación del otro como agente moral, responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más clara del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de las personas, es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: la información y el consentimiento.

La información corresponde al profesional de salud y debe incluir dos aspectos importantes:

1. Descubrimiento de la información dosificada en relación con lo que la persona quiere realmente saber, cómo y cuándo lo quiere saber.
2. La información comprensible; es decir, tomar en cuenta la necesidad de utilizar un lenguaje claro y preciso.

El consentimiento es competencia de la persona o de su representante moral (familiar) o legal (tutores, en el caso de menores de edad, abogados especialmente contratados para el caso). El consentimiento comprende también comprende dos aspectos:

1. Consentimiento voluntario, sin abusos paternalistas ni presiones autoritarias
2. La competencia para el consentimiento, tanto física, como psicológica.

El consentimiento informado protege, en primer lugar, a personas y sujetos de experimentación, previendo riesgos y daños posibles; pero, también,

protege y beneficia a todos y todas en la sociedad, incluyendo profesionales de la salud e instituciones.

El principio de justicia se refiere generalmente a la distribución equitativa de bienes. Justicia significa, a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio y lo necesario.

Aunque el mayor énfasis se hace sobre la justicia, en cuanto a la sociedad y las instituciones, ello no evade la responsabilidad individual de los y las profesionales de salud en la aplicación de este principio de bioética. El y la profesional de Enfermería aplica este principio cuando realiza todo aquello que esté a su alcance.

### **3.9. ANALISIS DE DATOS**

Para el análisis de datos se utilizó un paquete computacional (SPSS), el paquete estadístico para las ciencias sociales en donde se procesó la información a partir de preguntas cerradas. Las preguntas abiertas del historial de enfermería fueron analizadas y comparadas con los datos cuantitativos. De igual forma, los datos procedentes del instrumento cognoscitivo somático de Cornell fueron procesados utilizando el mismo paquete computacional para luego analizar los datos y realizar comparaciones con la información del historial de enfermería y ver congruencias y divergencias.

Todos los datos fueron presentados en tablas y gráficos. Finalmente, se realizaron conclusiones y recomendaciones.

A continuación se presenta el capítulo de análisis de resultados, el cual está dividido en dos apartados. En primer lugar se presentaran los datos de acuerdo con los objetivos planteados en el estudio y, posteriormente, se detalla el análisis de los resultados.

## **Capítulo IV**

### **Análisis de los resultados**

A continuación se presenta el análisis de los resultados en dos apartados. Una primera parte hace referencia a la presentación de los datos, según objetivos planteados y en un segundo apartado se realiza el análisis pertinente.

#### 4.1. PRESENTACION DE DATOS

##### **Objetivo I. *Determinar los factores sociodemográficos de la población en estudio***

Dentro de los factores sociodemográficos de las usuarias participantes se tomó en cuenta las variables edad, estado civil y escolaridad. Con respecto a la edad se puede observar una distribución equitativa en relación con el número de participantes en todos los rubros contemplados para el estudio. Según el estado civil 10 son casadas y 8 solteras. Según los datos obtenidos sobre la escolaridad, 6 participantes tienen secundaria incompleta y 5 universitaria completa. Este nivel de escolaridad facilita la comprensión de la información brindada, tanto en relación con las generalidades de este estudio, como en el llenado de los diferentes instrumentos (véase tabla1).

**Tabla 1**  
**Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de participantes, según**  
**edad, estado civil, y escolaridad, primer trimestre del 2010**  
*(Frecuencias absolutas)*

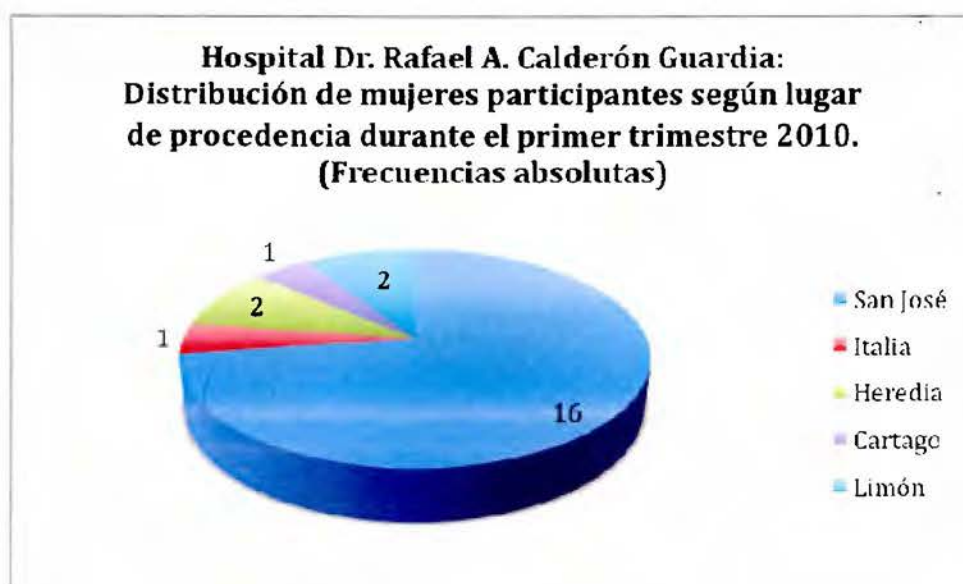
<b>VARIABLE</b>	<b>No.</b>
	<b>PARTICIPANTES</b>
<b>EDAD EN AÑOS</b>	
20 a menos 30	6
30 a menos 40	4
40 a menos 50	6
50 a menos 60	6
<b>Subtotal</b>	<b>22</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	
Casada	10
Soltera	8
Unión Libre	2
Divorciada	1
Viuda	1
<b>Subtotal</b>	<b>22</b>
<b>ESCOLARIDAD</b>	
Primaria incompleta	1
Primaria completa	4
Secundaria completa	4
Secundaria incompleta	6
Universitaria completa	5
Universitaria incompleta	2
<b>Subtotal</b>	<b>22</b>

De acuerdo con la variable ocupación, se encontró diversidad de ocupaciones clasificados en el rubro de "otros" (14), seguido de oficios domésticos (6) y tan solo (2) estudiantes; esto conlleva a pensar que en términos generales las mujeres desempeñan labores fuera del hogar con su propia fuente de ingresos, o bien, son el único aporte, datos que concuerdan con la fuente de ingresos.

En relación con el lugar de procedencia la mayoría (16) de las participantes provienen de San José, aspecto que concuerda con el área

de atracción del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia. Así mismo, el área metropolitana es el domicilio actual (véase gráfico 1).

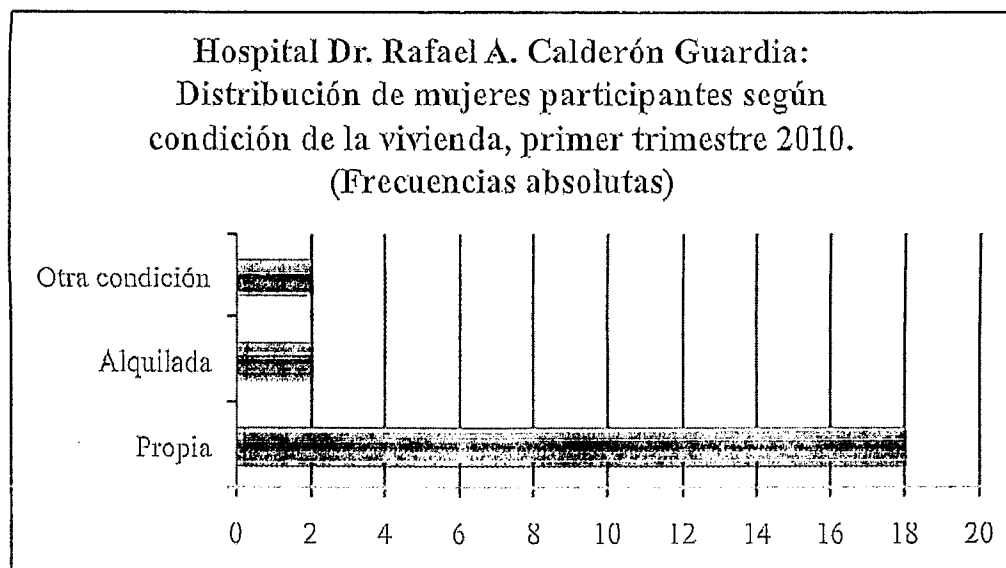
**Gráfico 1**



En el aspecto socioeconómico y en congruencia con la variable ocupación, la mayor parte de las participantes (10) son asalarias, (4) pensionadas, (3) tienen ingresos propios y (5) cuentan con otras fuentes de ingreso. En relación con la condición legal de la vivienda obsérvese el gráfico 2.



Gráfico 2



A pesar de ser asalariadas, los puestos que ocupan no generan suficientes recursos económicos, pues se observa un predominio hacia los bajos ingresos, lo que podría estar asociado al nivel de escolaridad y aspectos de género. Se observa en la tabla 2 un ingreso aproximado entre  $\text{¢}100.000$  a  $\text{¢}200.000$  colones al mes en una mayoría de mujeres (8).

**Tabla 2**  
**Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de**  
**ingresos mensuales en colones de las mujeres participantes**  
**durante el primer trimestre del 2010**  
**(Frecuencias absolutas)**

INGRESOS MENSUALES	No. PARTICIPANTES
100 000 a menos 200 000	8
200 000 a menos 300 000	6
300 000 a menos 400 000	3
400 000 a menos 500 000	1
500 000 y más	3
<b>Total</b>	<b>22</b>

**Objetivo II. Identificar los factores personales según la teoría de I. King que influyen en el nivel de ansiedad que presentan las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica**

La percepción es uno de los cinco elementos del sistema personal que está relacionada con experiencias pasadas y el concepto de uno mismo. Las hospitalizaciones anteriores forman parte de las experiencias de las participantes en este estudio; (18) usuarias anteriormente estuvieron ingresadas y únicamente (4) ingresaron por primera vez. Al respecto, King -citada por Rojas- (2009) menciona que la percepción es el proceso de

organizar, interpretar y transformar la información dada por los medios sensoriales y la memoria.

Algunas de las usuarias participantes (9) consideran la hospitalización como una experiencia negativa, traumática, triste y desigual. Así lo manifiestan cuando dicen: *“...a mi me trataron bien pero percibí que el trato no es igualitario...”*. (Part. 1).

Además, otra participante manifestó que: *“La hospitalización es muy triste, observe muchos casos feos y me di cuenta que lo mío no era nada.”* (Part. 5).

Las relaciones experimentadas con otras personas enfermas ingresadas dentro del mismo salón fueron gratas para la mayor parte de las participantes. Así lo señaló una mujer cuando expresó lo siguiente: *“...súper bien, entre todas nos dábamos apoyo”*. (Part. 11).

Del total de las mujeres, (14) refieren que han sufrido cambios con la hospitalización, principalmente en la apariencia personal tal como se indica en la tabla 3.

**Tabla 3**  
**Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de mujeres**  
**participantes, según tipo de cambio personal,**  
**primer trimestre 2010**  
 (Frecuencias absolutas)

<b>Cambios personales</b>	<b>No. Participantes</b>
Diversas	10
Apariencia personal	6
Rutina diaria	2
Imagen corporal	1
Hábitos personales	1
Ninguno	2
<b>Total</b>	<b>22</b>

La participación de la persona enferma ingresada en un servicio hospitalario es pasiva, situación que coincide con los resultados de esta investigación, pues (13) de las participantes opinaron no haber tomado decisiones; estas fueron asumidas por el personal provocándoles situaciones de estrés.

La experiencia de enfermedad es en sí misma un factor que provoca ansiedad y está determinada por todo el contexto de la hospitalización. Por eso, aumenta el sentimiento de amenaza, el temor y la ansiedad. Las mujeres entrevistadas (14) manifestaron sentir miedo con solo pensar en la cirugía (véase tabla 4).

**Tabla 4**  
**Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de participantes**  
**de acuerdo con el sentimiento que le provoca pensar en la cirugía,**  
**durante el primer trimestre del 2010**  
 (Frecuencias absolutas)

Tipo de sentimientos	No. Participantes
Miedo	14
Ansiedad	4
Tristeza	1
Otra	2
Ninguno	1
<b>Total</b>	<b>22</b>

Con respecto al crecimiento y desarrollo, (11) de las mujeres tienen enfermedades agregadas, solamente 2 consideran tener limitaciones físicas.

Las variables espacio físico y tiempo fueron exploradas en el sistema personal. Con respecto al espacio, King dice que este cambia de acuerdo con la cotidianidad y manera de usarlo. Por otro lado, según (11) participantes el área en donde estaban ubicadas fue la adecuada y (2) de ellas manifestaron que no tuvieron acceso a ningún servicio hospitalario.

En referencia al tiempo, según la teoría de King este es subjetivo y relativo; el ocio es un generador de ansiedad, por lo que es fundamental la realización de actividades que brinden distracción. En la tabla 5, obsérvese las actividades que realizan las mujeres.

**Tabla 5**  
**Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de las mujeres**  
**participantes según actividades recreativas,**  
**durante el primer trimestre 2010**

Actividades	No. Participantes
Conversar	5
Leer	3
Oír música	1
Hablar por teléfono	1
Varias	4
Manualidades	2
Ver televisión	3
Ninguna	3
<b>Total</b>	<b>22</b>

(Frecuencias absolutas)

El concepto del yo está asociado con el pensamiento sobre nosotros mismos y lo que somos capaces de hacer. Al respecto, una participante expresó lo siguiente: “...*tuve un trato adecuado pero en el hospital uno siente que no vale nada*” (part. 7). Y es afectado por diferentes causas como ocurre durante un proceso mórbido como la cirugía generando patrones de respuesta diferentes. El miedo es la reacción principal ante un evento de esa índole (véase tabla 6).

Tabla 6

**Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de las mujeres participantes, según sentimientos antes de la cirugía, durante el primer trimestre 2010**  
(Frecuencias absolutas)

<b>Tipo de reacción</b>	<b>No. de Participantes</b>
Miedo	8
Ansiedad	1
Tranquilidad	3
Mal	2
Resignación	3
Aceptación	2
Ninguno	3
<b>Total</b>	<b>22</b>

**Objetivo III. Identificar los factores interpersonales, según la teoría de I. King, que influyen en el nivel de ansiedad que presentan las usuarias sometidas a colecistectomía laparoscópica**

Según King -citada por Rojas, 2009- el sistema interpersonal es el más importante de todos los sistemas que constituyen su teoría e incluye los conceptos de interacción, transacción, comunicación, roles y estrés.

Las interacciones son actos que ocurren entre dos o más personas en presencia mutua. Este tipo de relación no fue la más adecuada, según lo manifiestan las participantes:

“...solo me relacioné con la persona que me ayudó a bañarme...” (Part.3).

“...prácticamente ni los vi y no los llamaba para no molestar...” (Part. 12).

De acuerdo con la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR (ASEEDAR-TD), citada por Vílchez Cobo y otras (2007), la actuación de Enfermería se basa en el apoyo emocional, la información al paciente y la resolución de dudas. Sin embargo, según la opinión de las mujeres participantes en el estudio esta situación no se da. Al respecto expresaron lo siguiente:

*"...fue una relación muy pasca..." (Part. 2)*

*"...fue una relación de temor y dependencia..." (Part. 10).*

De acuerdo con King (1984) los factores que producen estrés, miedo, ansiedad, interrogantes y expectativas vuelven aun más complejas las situaciones donde se requiere de la Enfermería. La hospitalización y la amenaza que genera el proceso quirúrgico son situaciones de estrés y generadoras de ansiedad; sin embargo, de acuerdo con lo manifestado por las usuarias, la participación y permanencia del profesional en Enfermería no fue constante y con poca colaboración. Así lo expresaron las mujeres cuando dicen:

*"...solo la veía en el cambio de turno cuando pasaba entregándole los pacientes a la otra..." (Part. 6).*

*"...a medias, porque no se veían muy dispuestas a atender..." (Part. 10).*

La comunicación con la persona sometida a cirugía es débil, no existe una adecuada orientación dentro del servicio y así lo manifestaron las mujeres (obsérvese la tabla 7).



Tabla 7

Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de las mujeres participantes según orientación en el Servicio de Cirugía, durante el primer trimestre 2010  
(Frecuencias absolutas)

Orientación en el servicio	No. Participantes
No	10
Sí	9
Solo la cama y servicio sanitario	2
n/r	1
<b>Total</b>	<b>22</b>

Como aspecto positivo, las participantes consideran la charla previa a la cirugía una forma de comunicación con suficiente información y fue el único lugar donde realmente sintieron participación de la enfermera (o). Según este aspecto mencionaron que:

*“En la charla previa nos explicaron muchos detalles: ropa, dieta cuidados antes y después de la cirugía, etc”. (Part. 10).*

*“En la charla me explicaron y me hicieron preguntas”. (Part. 21).*

De acuerdo con King (1984) una persona puede desempeñar diferentes roles y uno de ellos el de enfermo que se caracteriza por su pasividad, situación que se confirma con las manifestaciones de las participantes:

*“...tranquila y quieta para no molestar a nadie...” (Part. 1)*

*"...no pregunto mucho para no caer mal..." (Part. 13)*

*"...me siento como encarcelada..." (Part. 16)*

*"...trato de ser independiente, pero no me dejan moverme..." (Part.17)*

El rol es un grupo de conductas que se esperan de quien ocupa una posición determinada dentro del sistema interpersonal. El rol de la enfermera no está claro para las mujeres participantes, así lo demuestran las siguientes afirmaciones.

*"La que repartía los medicamentos..." (Part. 9).*

*"En forma general porque todas son muy jóvenes y se visten todas con ropa de muñequitos. Antes la reconocía no solo por el gorrito blanco que tanto me gustaba; sino por el liderazgo que tenía..." (Part. 10).*

*"No porque llegan muchas a la cama y todas muy jóvenes..." (Part. 14).*

*"No, pero me imagino que decirle a otros lo que tienen que hacer y al finalizar el turno le decía a otra enfermera cómo estábamos..." (Part. 16).*

*"Yo creo que es la que me llevó al baño..." (Part .18).*

*"Supongo que bañar y curar a los que necesitan y realizar un chequeo frecuente..." (Part. 22).*

El estrés se consideró dentro del sistema interpersonal; este depende de la interacción entre la persona y el agente estresor. La tabla 8 detalla las causas mas frecuentes.

**Tabla 8**  
**Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de las mujeres**  
**participantes según causas más frecuentes de estrés,**  
**durante el primer trimestre 2010**  
 (Frecuencias absolutas)

Causas de estrés	No. Participantes
La cirugía	5
Los problemas familiares y personales	7
La hospitalización	5
El tratamiento	1
Otra	2
Varias causas	2
<b>Total</b>	<b>22</b>

**Objetivo IV. *Identificar los factores sociales según la teoría de I. King, que influyen en el nivel de ansiedad que presentan las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica.***

Para King, la familia es el primer grupo social donde ingresa el individuo. Ahí adquiere estructuras como estatus, rol, interacción social, creencias, costumbres y valores, los cuales se transmiten desde la infancia. De acuerdo con las participantes, el apoyo familiar recibido fue satisfactorio, pues (18) de ellas recibieron visitas diariamente y percibieron preocupación por parte de sus parientes. Solo (4) participantes no fueron visitadas ni sintieron algún grado de preocupación por parte de la familia, coincidiendo con lo postulado por King.

Considerando que el estudio fue realizado en una población femenina, la mayoría de las participantes tienen familiares cercanos que dependen de ellas, principalmente hijos (ver detalle en tabla 9).

**Tabla 9**  
**Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de participantes,**  
**según parientes dependientes, primer trimestre 2010.**  
 (Frecuencias absolutas)

Dependientes	Participantes
Hijos	9
Padres	4
Hijos y padres	2
Nietos	2
No	4
Otro	1
Total	22

La persona con una enfermedad delega sus funciones a familiares y parientes cercanos y asume su rol de enferma (véase tabla 10).

**Tabla 10**  
**Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de las mujeres**  
**participantes según persona a quien se delega tareas y funciones,**  
**durante el primer trimestre 2010**  
 (Frecuencias absolutas)

Parentesco	No. Participantes
La mamá	5
El esposo	3
Hermanas (os)	1
Hijos	3
Esposo e hijos (as)	2
Otros	6
El esposo y la mamá	2
<b>Total</b>	<b>22</b>

Pese a esta situación, no en todos los casos se dio la participación familiar anterior al acto quirúrgico. La toma de decisiones acerca de los cuidados antes y después de la cirugía y durante el proceso de recuperación se realizó únicamente en la charla previa al ingreso y así lo manifestaron la mayor parte de las participantes. Al respecto una participante comentó lo siguiente:

*“...en la charla previa sí nos explicaron muchos detalles, como por ejemplo, ropa, dieta, cuidados antes y después de la cirugía, etc, además, nos entregaron un material impreso”. Pero no durante la estancia...”. (Part. 10).*

Otra manifestó que:

*“En la charla me explicaron todo y a la salida del hospital”. (Part. 14).*

**Objetivo V. *Analizar la intervención de Enfermería brindada a las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica y el nivel de ansiedad que presentan.***

Según la escala cognoscitivo somática aplicada a las participantes del estudio, se observaron los resultados que se presentan en la tabla 11.

Tabla 11

Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia: Distribución de mujeres sometidas a cirugía de vesícula, según resultados del cuestionario cognoscitivo-somático 2010  
(Frecuencias absolutas)

Conducta	No. Mujeres				
	Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
Me quedo paralizada	15	2	1	3	1
Camino nerviosamente	13	5	1	2	1
Siento el cuerpo tembloroso	10	2	3	4	3
Siento tensión en mi estómago	7	1	4	4	6
Se me cruzan pensamientos que me molestan	11	3	4	1	3
Sudo demasiado	13	4	0	2	3
Me dan ganas de ir al baño	7	2	5	6	2
Mi corazón palpita más rápido	7	5	4	2	4
Me resulta difícil concentrarme	8	4	2	5	3
Me preocupo demasiado	4	2	2	3	1 1
Me imagino escenas terroríficas	8	4	4	1	5
No puedo sacar de mi mente imágenes que provocan ansiedad	8	3	3	3	5
No puedo pensar lo suficientemente rápido	6	3	9	1	3

En relación con la variable concentración, se observó la presencia de valores altos en la muestra. La taquicardia es un signo fisiológico que denota estrés y ansiedad. (10) de las participantes presentaron algún grado de taquicardia (regular, mucho, bastante), lo que evidencia niveles

de ansiedad aumentados, situación que coincide con lo explorado en el crecimiento y desarrollo perteneciente al sistema personal. También se nota alteración en la micción.

Los patrones conductuales, tales como patrones de conducta exagerados no muestran resultados significativos, a excepción de *“siento el cuerpo tembloroso”*, en donde 12 participantes dan una respuesta afirmativa en los rubros regular, mucho y bastante.

En las afirmaciones sobre la medición somática, se puede observar que sobresale el sentir tensión en el estómago en 16 mujeres para los rubros de regular mucho, bastantes. De igual forma para la afirmación *“me dan ganas de ir frecuentemente al baño”* para 13 de ellas en los rubros regular, mucho y bastante.

En las afirmaciones cognoscitivas se puede observar que la frecuencia más alta de respuesta se da en *“me preocupo demasiado”*, *“no puede sacar de mi mente imágenes que me producen ansiedad”*.

## **4.2. ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

A continuación se presenta el análisis de los resultados según los objetivos propuestos.

### **Objetivo I. *Determinar los factores sociodemográficos de la población en estudio.***

En la exploración de los aspectos sociodemográficos participaron 22 mujeres, sometidas a cirugía de vesícula por laparoscopia.



Eisenstadt, citado por (King, 1984; p.12), opina que la edad y sus variantes están entre los aspectos básicos más importantes y los más cruciales de la vida humana y determinan su destino. Establecen un perfil como miembros activos de una sociedad; con base en lo anterior, se exploró la edad dentro de los factores sociodemográficos. El parámetro tomado fue de 20 a 60 años, tabulados en decenios y se encontró un grupo con una distribución muy equitativa de acuerdo con esta división, etapas en la que los individuos se convierten en miembros activos de una sociedad. Conforme avanza la edad las personas adquieren compromisos laborales y familiares, principalmente si son de recursos económicos bajos como predomina en las usuarias de este estudio.

El estado civil forma parte del rol de los seres humanos; en este estudio se encontró un predominio de participantes casadas, con mayores responsabilidades, ya sea dentro o fuera del hogar. Posiblemente con personas que dependan de ellas, en especial hijos, lo que genera gran preocupación pues deben delegar funciones y cuidados a otros miembros de su familia, en especial a la madre, durante el internamiento y el periodo de recuperación.

Para el nivel educativo se subdividieron los niveles en las categorías de completa e incompleta, prevaleciendo la segunda. El nivel educativo influye directamente en la percepción y concepto del yo de las personas hospitalizadas. Ambos aspectos deben ser del conocimiento de la enfermera (o); a través de las interacciones y la comunicación recíproca entre ambas partes se facilita la claridad cognoscitiva del entorno

compartido. Cuando la enfermera y la persona hospitalizada identifican los objetivos por alcanzar, las relaciones interpersonales estarán dirigidas hacia el logro de las metas como es enfrentar al individuo con su problema de salud, para lo cual se requiere la participación de ambos y donde la conducta de uno influye sobre el otro; la comunicación será más efectiva en personas de mayor grado de escolaridad; así mismo, la enfermera debe poner más empeño en las usuarias de baja escolaridad, pues su percepción acerca de la hospitalización podría generar mayor estrés.

De acuerdo con la situación económica existente hay influencia de bajos ingresos económicos. Esta situación coincide, no solo con el nivel de escolaridad, sino también con la ocupación, pues la mayoría se dedica a diferentes quehaceres. Pese a esta circunstancia, la mayoría cuenta con vivienda propia, situación que hace suponer la participación de la mujer en el aporte económico al hogar. Esto podría convertirse en una fuente de ansiedad, pues su situación laboral es proporcional a los ingresos percibidos. Así mismo, existe preocupación por parte de las usuarias para reincorporarse rápidamente al trabajo.

El género puede estar relacionado con aspectos laborales por la desigualdad laboral existente. La ocupación está ligada a la clase social y define el estilo de vida; existe una relación entre la ocupación de las personas y el tipo de individuo en que se convierte y repercute directamente en la percepción y el concepto del yo.

Los aspectos sociodemográficos permitieron indagar procesos psicológicos y cognitivos que influyeron en las usuarias para adaptarse a los cambios del medio y las responsabilidades sociales; por ejemplo, existen problemas y necesidades propias de los diversos estados civiles y sus posibles consecuencias, Las personas casadas sienten mayor ansiedad que las solteras, pues las usuarias casadas muestran gran preocupación por la repercusión de la hospitalización en el resto de la familia; sin embargo, es de suponer que cuentan con mayor apoyo emocional y sus parientes los visitan con más frecuencia.

Las personas solteras no sienten tanta ansiedad por su familia, porque probablemente carezcan de apoyo íntimo y constante por parte de sus visitantes. La situación de desventaja en que se encuentra la mujer, hace que las casadas gocen de mayor respeto, pues cuentan con un esposo que las reafirme. Las personas solteras y, sobre todo en edad madura, son estigmatizadas, víctimas de preguntas maliciosas, se considera que no tienen atractivo, o bien, son inadaptadas o inadecuadas.

El nivel de escolaridad influye directamente en el proceso educativo realizado durante la charla preoperatoria y la realizada dentro del internamiento. Así mismo, los recursos económicos inciden en la recuperación convirtiéndose en una fuente de ansiedad.

**Objetivo II. *Identificar los factores personales según la teoría de I. King que influyen en el nivel de ansiedad que presentan las usuarias sometidas a colecistectomía laparoscópica***

El eje central del sistema personal es el individuo y la percepción de sí mismo dentro de un entorno. Está compuesto por cinco elementos: percepción, concepto del yo, crecimiento y desarrollo, espacio y tiempo.

La percepción es el primer elemento del sistema personal; está influenciada por aspectos sensoriales como la memoria, producto de las interacciones, concepto de sí mismo influenciado por los aspectos personales y el ambiente que lo rodea. Considerando el ambiente modificado por la memoria, la mayor parte de las participantes ha tenido hospitalizaciones previas, con diferentes experiencias positivas o traumáticas. Por eso, expresiones como *“la experiencia fue satisfactoria, no obstante, percibí menos atención que en el 97, que también me operaron”* o *“el internamiento anterior fue terrible, me trataron muy mal”* confirman lo anterior. En ambas circunstancias respondieron con sumisión ante el internamiento.

Las relaciones interpersonales con el grupo de iguales son buenas o satisfactorias, algunas expresiones así lo confirman: *“muy bien, se forma como una familia”, “excelente”, “entre todas no dábamos apoyo”*.

En el plano personal la apariencia propia es la más afectada, seguida de diversas manifestaciones, aspectos que influyen directamente en el estado de ánimo.

La experiencia de enfermedad les produjo miedo y ansiedad, situación que afecta el concepto del yo. Los aspectos anteriores sugieren que el área emotiva es afectada y, por ende, causante de estrés.

El concepto del yo es lo que uno piensa de si mismo y lo que es capaz de hacer; constituye el mundo interior de la persona tal como se distingue de su ambiente exterior. Es muy complejo y se afecta por el escenario externo y la experiencia, producto de amenazas reales o imaginarias tal como ocurre con la hospitalización. Declaraciones como: *"...me dí cuenta que lo mío no era nada"*, confirman el cambio en el yo.

El tener conocimiento del yo beneficia a la enfermera (o) en la interacción con las personas, pues aporta conocimiento sobre las percepciones del entorno que los rodea y de las personas con las que se están en contacto. Ayuda a comprender la conducta humana tal y como los seres humanos perciben su yo en el estado de salud. Las diferentes facetas de las personas requieren que los profesionales en Enfermería cuenten con habilidades esenciales para adquirir información importante y precisa para planificar, poner en práctica y evaluar el cuidado permitiéndoles a las personas mantener su propia estima y aprovechar su capacidad potencial para desenvolverse en los diferentes aspectos de la vida diaria.

El crecimiento y desarrollo está determinado por cambios físicos y químicos, influenciados por la herencia biológica y las creencias. De acuerdo con lo anterior, se encontró una división equitativa con respecto al padecimiento de otras enfermedades; sin embargo, las creencias compartidas con otras usuarias pueden tergiversar los cuidados pre y

posquirúrgicos que predominan en el grupo de iguales, convirtiéndose en un aspecto generador de estrés. La enfermera quirúrgica debe integrar el conocimiento de las ciencias naturales, de la conducta y las humanidades que se aplique a esas situaciones concretas.

*El espacio personal está relacionado con el tiempo, la distancia, el área, el volumen, la percepción y la comunicación* (King, 1984). Tomando en cuenta lo anterior, el espacio está relacionado con la percepción, pues consideran adecuado el espacio, el cual cambia en función de acuerdo con la necesidad y forma de utilizarlo. Por tanto, la proximidad con otras usuarias puede ser un generador de ansiedad al establecer vínculos comunes, identificarse con el grupo sobre todo si se está cerca de personas en que su cirugía se ha complicado; se genera tensión por desconocimiento e incertidumbre de lo que acontecerá, se forma un sentimiento de grupo en donde las interacciones con las otras personas hospitalizadas se ven afectadas. En el Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia las usuarias participantes de hallan en estrecha proximidad física, generalmente no se cuenta con sillas para que se sienten las usuarias o sus familiares, escogiendo la cama para sentarse situación que limita aún más el movimiento.

El tiempo puede ser medido por las personas hospitalizadas de acuerdo con los turnos rotativos por parte del personal, convirtiéndose en generador de ocio y creando la necesidad de realizar diversas actividades para distraerse, entre ellas conversar con otras pacientes, seguido de ver televisión y leer. El resto de participantes realiza actividades diversas: por

eso se constata la necesidad de distractores para canalizar la ansiedad. Cambios en el patrón del sueño y las necesidades fisiológicas sugieren un manejo inapropiado del estrés.

**Objetivo III. *Identificar los factores interpersonales, según la teoría de I. King que influyen en el nivel de ansiedad que presentaron las usuarias sometidas a colecistectomía laparoscópica***

El sistema interpersonal según King, es el más importante pues permite las interacciones entre dos individuos o más. Esta díada está compuesta por la enfermera y el usuario, a través de la comunicación verbal y no verbal.

En este estudio se considera las interacciones con las usuarias entre sí y con el personal del servicio y la enfermera (o). Con respecto a las primeras, las participantes en su mayoría manifestaron haber tenido buenas relaciones con las otras pacientes considerándolas un apoyo, parte de su vivencia e incluso camaradería; pero el panorama cambia radicalmente con respecto a las segundas.

*Las interacciones son actos que ocurren entre dos o más personas en presencia mutua, enfocadas en las necesidades y el bienestar de la persona* (Rojas, 2009). La realidad intrahospitalaria diverge mucho de esta afirmación pues la mayor parte de las usuarias participantes en el estudio no sienten la suficiente confianza para solicitar información a la enfermera (o) y no perciben preocupación por su bienestar. Esta interrupción en las relaciones enfermera (o) usuaria puede ser un factor que influya en un aumento del miedo y la tensión.

La comunicación no verbal incluye apariencia, distancia, expresión facial, postura y tacto. Esta comunicación también está interrumpida pues las usuarias consideran que las relaciones fueron *“pascas”, “las enfermeras muy jóvenes y todas vestidas igual”* expresiones como: *“no se veían muy dispuestas a atender”* comprueban la importancia de la apariencia y la buena comunicación.

Así mismo, la comunicación es parte integral del procesamiento de información cuya complejidad es evidente. Los seres humanos pueden recibir mensajes que sienten como amenaza para ellos y esto crea un esfuerzo excesivo y aumenta la tensión. La información recibida por las personas ingresadas no fue la más eficaz; por ejemplo, las usuarias no fueron bien orientadas o estuvieron parcialmente orientadas en el servicio, no les explicaron los procedimientos a los que iban a ser sometidas ni se les permitió tomar decisiones.

La charla previa a la cirugía y a la hospitalización permitió las transacciones entre la enfermera (o) y el grupo en donde los objetivos propuestos son facilitar el preoperatorio, recuperar la salud y reintegrarse prontamente a su entorno. La mayor parte de las usuarias participantes consideró de gran ayuda la información suministrada en la charla preoperatoria, pese a que los objetivos son colectivos y las metas no están definidas individualmente.

King (1984) señala que *los factores que producen estrés, miedo, ansiedad, interrogantes y expectativas, hacen todavía más complejas las situaciones donde se requiere de la enfermera*. La amenaza que genera el proceso quirúrgico es una situación estresante y generadora de ansiedad. La labor



realizada por la enfermera de cirugía ambulatoria, pese a sus limitaciones permitió comprobar las afirmaciones anteriores.

Las transacciones reducen la tensión o el estrés en una situación y facilitan el planteamiento de los objetivos mediante la interacción de la (el) enfermera (o). *El reconocer las transacciones está encaminado hacia objetivos, contribuye en las relaciones diádicas de la enfermera o enfermero y la persona en una interacción de contingencia recíproca* (Rojas, 2009; p.34). Las transacciones son el intercambio de cosas valiosas entre dos o más individuos, si la información se retiene o es inadecuada es difícil alcanzar lo que uno valora; de acuerdo con el estudio, la mayoría de las participantes creen tener buenas relaciones con el personal hospitalario; sin embargo, no sienten la suficiente confianza para solicitarle alguna información, o sea, no hay reciprocidad.

El rol es un conjunto de las conductas actuales y conductas esperadas asociadas a una posición (Rojas, 2009). Dentro del estudio encontramos dos tipos de rol: el del enfermo y el de la enfermera (o).

Parsons, citado por Haber y otros (1983), definió el rol del paciente como un conjunto de expectativas institucionales que deben satisfacer las personas enfermas y que la sociedad (incluida la de los cuidadores) espera de ellos. El papel del enfermo (a) se caracteriza por su pasividad mientras que los cuidadores tienen autorización para adoptar cualesquiera decisiones y realizar intervención sin siquiera preguntar.

Según López (1996), el rol del paciente está asociado a sentimientos de opresión y superioridad, en donde se da una relación de poder entre la

enfermera (o) y el usuario. Las usuarias participantes demuestran la veracidad de estas afirmaciones, pues en su mayoría manifestaron haber tenido una actitud “tranquila, quieta, pasiva y con pocas preguntas para no molestar”. En la mayoría de los casos no se les permitió tomar decisiones; así mismo, el personal realizó los procedimientos sin dar explicaciones, situación que incluso podría percibirse como “normal”. La conformidad con el rol es un aspecto que puede provocar tensión y estrés.

El proceso de Enfermería requiere de conocimientos previos de la conducta humana en general y, específicamente, de la conducta bajo estrés. La capacidad para la entrevista, comunicación al interactuar con los individuos, recabar información e identificar objetivos y medios para lograrlo son parte de las funciones de la enfermera (o). Así mismo, el cambio constante en la tecnología y sus propias habilidades pueden provocar dificultad a los profesionales en Enfermería para determinar sus capacidades, que al estar ausentes puede constituir una barrera en el rol de la enfermera utilizando como mecanismo de defensa la evasión del contacto directo con los usuarios (as).

La alteración en los ritmos biológicos generado por los horarios trabajo, el contacto con moribundos y desahuciados crean tensión en la enfermeras (os) y, por consiguiente, esta situación constituye un conflicto de rol que influye directamente en el desempeño de sus labores.

Es preocupante como el rol de la enfermera no queda claro para la mayoría de participantes en el estudio, pues afirman conocer a la enfermera (o) pero no saben cuáles son las funciones que ejecuta, con gran tendencia a

confundirlas con las tareas de los colaboradores. El conflicto de rol en un sistema interpersonal puede aumentar el estrés en el medio ambiente, influyendo de manera positiva o negativa en las interacciones humanas. Como las personas hospitalizadas asumen un rol pasivo llegan a suponer que el personal está muy atareado y no le gusta que los molesten.

El último aspecto del sistema interpersonal es el estrés definido como un estado dinámico por medio del cual un ser humano interactúa con el medio ambiente para mantener un equilibrio (Rojas, 2009). El estrés es dinámico, tiene definición en tiempo y espacio y es subjetivo.

Según Lazarus, citado por Haber y otros (1983), la subjetividad del estrés no supone ningún inconveniente, por el contrario, es ese su objeto de estudio. *Una persona al estar hospitalizada, aumenta su ansiedad porque siente una amenaza real o simbólica a su imagen. Los pacientes tienen miedo de ser mutilados y de morir. Ellos no pueden anticipar que les pasará: se les quitan sus ropas y sus objetos personales y son colocados en un rol pasivo. (King, 1984; p.17).*

El cambio de escenario ocasionado por la hospitalización y la amenaza que conlleva una cirugía son agentes estresores aunados a la ansiedad y al temor generada por la percepción individual. Situación confirmada por las usuarias participantes, quienes respondieron con miedo ante la noticia que necesitaban de tratamiento quirúrgico; la hospitalización y la cirugía son las principales causantes de estrés, seguida de los problemas familiares y personales. La hospitalización no solo causa estrés, sino también, contribuye directamente sobre la percepción de las participantes. Estos

cambios emocionales repercuten directamente sobre el organismo, síntomas como taquicardia, ganas frecuentes de miccionar pueden aumentar el riesgo quirúrgico. Así mismo, fue evidente el rol pasivo de las usuarias quienes perciben como una amenaza las actuaciones del personal. Las mujeres participantes demostraron gran preocupación, la cual podría estar en relación con problemas familiares y personales, además de la cirugía.

**Objetivo IV. *Identificar los factores sociales, según la teoría de I. King que influyen en el nivel de ansiedad que presentan las usuarias sometidas a colecistectomía laparoscópica.***

Es el último de los sistemas planteados por la teoría de King. *El sistema social es definido como un sistema organizado de límites, roles sociales, conductas y prácticas desarrolladas para mantener valores y mecanismos para regular las prácticas y normas.* (Rojas, 2009, p 38). Está conformado por varios elementos: organización, poder, autoridad, estatus y toma de decisiones.

La organización se caracteriza por su estructura, funciones y recursos para el logro de las metas; puede ser formal o informal.

La familia constituye una organización informal pues sus miembros son relacionados, existen normas de conducta y satisfacen necesidades personales. Al nacer una persona ingresa al primer grupo de socialización primaria: la familia; dentro de ella las creencias, valores y costumbres son transmitidos desde la niñez.

Según King, la familia es el primer grupo social donde ingresa el ser humano y es ahí en donde a través de la herencia biológica y costumbres se adquieren responsabilidades, derechos y deberes; por otra parte, según Haber y otros (1983), algunas familias se unen para apoyar al usuario en su experiencia de enfermedad y se caracterizan por su presencia. Esto concuerda con lo expuesto por la mayoría de participantes que recibieron visitas diariamente, en donde solamente (4) manifestaron no haberlas recibido. Sin embargo, pese a que no reciben visitas, las usuarias participantes consideraron que sus familiares se preocupan por su bienestar y recuperación.

La estructura de la organización requiere de un ordenamiento de posiciones y actividades que incluyen tamaño y complejidad. Los individuos, como miembros activos de una sociedad, cuentan con ciertas características estructurales y funcionales: valores, patrones de conducta, roles prescritos, estatus, autoridad y edad determinada.

En el aspecto familiar, la mayoría de las participantes cuenta con familiares que dependen de ellas, hijos y padres, situación que podría ser un factor influyente en los niveles de ansiedad de la persona hospitalizada.

De acuerdo con Parsons, citado por King (1984), la persona ingresada en un hospital entrega sus roles a su familia, trabajo y contexto social y asume su rol de enfermo. Este aspecto se aprecia en las mujeres participantes en este estudio, quienes contaron con el apoyo de familiares y amigos para sobrellevar su morbilidad.

Otro aspecto explorado en el sistema social fue la toma de decisiones. De acuerdo con Rojas (2009) la toma de decisiones acerca de los objetivos que se desean alcanzar es fundamental en el cuidado enfermero, tanto directo como indirecto. La enfermera (o) ayuda a tomar decisiones a las personas y a seleccionar entre alternativas en su cuidado. Al respecto, según las participantes la información recibida sobre los cuidados antes y después de la cirugía, así como el proceso de recuperación se efectuó únicamente en la charla preoperatoria. A pesar de las buenas intencionalidades institucionales esta charla, al ser colectiva no atiende aspectos y dudas individualmente, además de la poca asistencia familiar; no contribuye a una adecuada introyección de la información brindada.

Otro elemento del sistema social es el poder. El poder está en estrecha relación con la toma de decisiones y es esencial para lograr orden, pese a no ser un campo explorado como tal en el estudio. Se encuentra implícita una relación de poder de la enfermera con respecto a las usuarias, según las expresiones manifestadas por ellas en la presentación de los datos. El poder es un aspecto de estratificación social en concordancia con lo que uno es, conoce y ha logrado.

**Objetivo V. *Analizar la intervención de enfermería brindada a las personas sometidas a colecistectomía laparoscópica y el nivel de ansiedad que presentan.***

El ambiente del hospital y las unidades de cuidados especiales originan tensión en usuarios (as) y enfermeras (os). Temores, ansiedad, afán de

supervivencia, sentimientos de pérdida y cambios en la manera de vida son algunas de las causas de estrés en los hospitales. La amenaza que genera el proceso quirúrgico da como resultado ansiedad.

Lo anterior se fundamenta en la afirmación de King (1984) cuando dice que *los factores que producen estrés, miedo, ansiedad, interrogantes y expectativas, hacen todavía más complejas las situaciones donde se requiere de la enfermería*. Se espera que las enfermeras disminuyan la tensión de las personas ingresadas y sus familias dentro del hospital.

A inicios del siglo XX Cannon, citado por King (1984) describió el estrés cuando estudiaba la constancia interna de un organismo en un medio ambiente externo con modificaciones, notó que el sistema nervioso central reacciona a la amenaza y al síndrome de "huida o combate". Por otro lado, Wolf, citado por King, (1984) lo describió como una reacción protectora de la interacción de los seres humanos con estímulos hostiles. Seyle, citado por King (1984) identificó un síndrome de adaptación general haciendo hincapié en el estrés biológico.

Lazarus, citado por King (1984) identificó el estrés como un proceso cognitivo en el cual las exigencias que se hacen a la persona representan una amenaza o exceden la capacidad de un individuo para enfrentarse a eventos. Ansiedad, depresión y estrés interfieren en la capacidad de los seres humanos para responder y confrontar una determinada situación. Lo anterior se puede observar en los resultados presentados en la tabla 11, en donde la preocupación aumentada, la falta de concentración, el imaginarse

situaciones que le generen ansiedad están presentes en muchas de las mujeres.

La falta de concentración es una variable indicativa de ansiedad y sus porcentajes altos podrían estar asociados con la ansiedad que provoca el proceso de la hospitalización y las diversas situaciones que pasan las personas enfermas, tales como sentimientos de desconfianza, poca información, reacción hacia la cirugía, falla en la comunicación con el personal de salud, conflicto de roles, entre otras causas evidenciadas en las personas que participaron en este estudio.

El estrés se manifiesta de diferentes maneras: fisiológica, psicológica y socialmente y están presente signos de taquicardia (leve, moderada, severa) en 10 de las personas entrevistadas.

Las alteraciones fisiológicas tienen su influencia psicológica derivada de la activación del sistema límbico a nivel de la corteza cerebral. La estimulación hipotalámica e hipofisaria genera una secreción de hormonas que producen aumento del metabolismo y ocasiona polifagia, insomnio y alteraciones en la diuresis. Un proceso de cambios físicos y químicos que determinan el buen funcionamiento físico y el desarrollo psicológico es lo que King considera parte del crecimiento y desarrollo. Los datos recopilados al respecto son indispensables para la enfermera (o) pues le ayuda a determinar épocas de mayor riesgo en la vida de las personas. El hallazgo de alteraciones en la micción en las participantes puede ser un factor que determina niveles de ansiedad aumentados.



Las personas hospitalizadas para intervenciones quirúrgicas muestran conductas de temor y ansiedad porque perciben el tratamiento como una amenaza ya sea real o simbólica; la mayoría de participantes se imaginaron algún grado de escena terrorífica lo cual estaría relacionado con la amenaza simbólica. Por lo cual, el conocimiento de algunas conductas puede guiar a las enfermeras (os) al planificar el cuidado de Enfermería apropiado.

Algunas manifestaciones conductuales se pueden categorizar de la siguiente manera:

- Patrones de conducta exageradas, tales como pasearse incesantemente de un lado a otro.
- Cambios bruscos en los patrones de actividad.
- Alteraciones específicas en actividades cotidianas.
- Cambios en las percepciones de la realidad y las interacciones sociales.
- Cambios en los hábitos de trabajo.

La información adecuada sobre el tratamiento contribuye a reducir el miedo a lo desconocido y disminuye el estrés. Al respecto, según Schmitt y Wooldridge, citados por King (1984), las personas a las cuales se les proporcionó información, los participantes en la enseñanza preoperatoria y los que expresaban libremente sus sentimientos acerca de su operación pudieron disminuir la tensión. Las interacciones son procesos dinámicos entre dos o más personas y requieren de una buena comunicación para el logro de las transacciones. La comunicación de la enfermera de cirugía

ambulatoria con las usuarias fue adecuada, así lo manifestó la mayoría. Este aspecto cambia al ingresar al servicio en donde será atendida por otro personal más distante y poco comunicativo, provocando niveles de ansiedad aumentados.

# **CAPÍTULO V**

## **CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- La hospitalización es una experiencia socializadora en la cual se aprende una amplia gama de actitudes ante la salud, la enfermedad, la muerte y sus relaciones con la tecnología, en donde los (as) usuarios (as) adoptan actitudes y valores que no logran identificar con claridad; no solo en actividades simples como el cambio de horario en las comidas, sino en situaciones más profundamente humanas relacionadas con el dolor y el valor de los seres humanos frente a la fragilidad humana.
- El modelo conceptual de Imogene King es una teoría que ha trascendido, propone un pensamiento sobre el mundo real de la Enfermería, sugiere un método para la práctica y abordaje de la intervención de la Enfermería.
- Los bajos recursos económicos aumentan la morbilidad de la población; en este estudio, predominaron las características de bajos niveles de escolaridad y escasos recursos económicos.
- Las mujeres que participaron denotan una respuesta pasiva ante el proceso de hospitalización, afectando la percepción de la situación que enfrentan y el concepto del yo.

- La escasa comunicación e información por parte del personal de salud es un factor que influyó en la conducta manifestada por las mujeres participantes en el estudio durante el perioperatorio.
  
- Las personas que reciben el cuidado de enfermería tienen ciertas expectativas con respecto a la persona que las atiende, por ejemplo, que se les brinde cuidado, atención, respeto y apoyo como parte de las interacciones entre la enfermera o enfermero y los (as) usuarios (as).
  
- La intervención de enfermería previa a la cirugía y hospitalización que se les brinda a las mujeres sometidas a intervenciones quirúrgicas permitió las transacciones entre la enfermera (o) y el grupo en donde los objetivos grupales propuestos son facilitar el preoperatorio, recuperar la salud y reintegrarse prontamente a su entorno.
  
- Los factores sociales explorados en las mujeres sometidas a intervención quirúrgica en este estudio, denotan que el apoyo familiar en términos de ordenamiento de posiciones y actividades es fundamental para disminuir la ansiedad generada.
  
- Cuando las expectativas de la institución tales como el apego estricto a las rutinas del servicio, rotación de personal, cumplimiento de estándares administrativos, entre otros, están en oposición a las funciones

profesionalmente definidas puede haber conflictos en el desempeño del rol. Este conflicto va en detrimento de la labor efectiva de enfermería.

- Las personas, como miembros activos de una sociedad cuentan con ciertas características estructurales y funcionales, alteradas por la hospitalización y el riesgo del acto quirúrgico.
  
- Las mujeres incluidas en la investigación tuvieron poca participación en la toma de decisiones acerca de su hospitalización, cirugía lo que causó ansiedad y preocupación.
  
- La hospitalización es un factor que modifica el ambiente interno y externo de la personas por diversas situaciones que se convierten en amenazas y generan estrés, ansiedad y temor.

## RECOMENDACIONES GENERALES

- Los avances en la ciencia y la tecnología han obligado a los profesionales de Enfermería a justificar su quehacer a través de la investigación basada en evidencias. La investigación permite no solo mejorar la calidad en la atención, sino también, disminuir costos y hacer más eficiente la administración de los servicios de enfermería.
  
- Los diferentes hospitales en donde se realiza cirugía compleja deben incluir profesionales en Enfermería quirúrgica para el manejo del perioperatoria, transoperatorio y posoperatorio mediato e inmediato. Los cuidados específicos que requiere el usuario influyen directamente en la disminución de complicaciones y en una mejor recuperación, favorecen la adecuada calidad en la atención y, por consiguiente, disminuyen costos y estancia hospitalaria.
  
- Para la respectiva intervención de enfermería se debe valorar la vulnerabilidad física y psicológica de los seres humanos, los cuales generan conductas de hostilidad o irritabilidad ante la ansiedad que provoca la hospitalización y la cirugía.

- Los profesionales en enfermería quirúrgica deben asumir un mayor compromiso con la investigación para sustentar el quehacer en bases científicas.
- Por medio de los departamentos relacionados con la investigación, la institución debe propiciar el espacio necesario para realizar investigaciones de mayor profundidad y beneficio para el usuario y la institución

### **RECOMENDACIONES PARA EL HOSPITAL**

- El profesional de enfermería debe observar en la fase perioperatoria los patrones de las respuestas conductuales evidentes u ocultas a causa del estrés y acontecimientos tensionantes.
- A través de las interacciones tomar medidas para disminuir, reducir o eliminar algunos factores que producen estrés y ansiedad en las personas hospitalizadas.
- El profesional de enfermería debe comprender que acciones tales como la interacción, transacción y comunicación, principalmente deben realizarse por razón del impacto que podrían tener en la vida de otras personas.



**CAPÍTULO VI**  
**BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS**

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Vidaurre, E. (2009). **Quehacer Universitario: la docencia, la investigación y la acción social**. San José: Uruk editores S. A.
- Amaro, María y col. (1996) **Principios básicos de la bioética**. Extraído el 15 de abril del 2010 desde <http://www.bus.sld.cu/revistas/enf/vol12-1-96/enf06196.ktm>
- Berry & Kohn (2005). **Técnicas de Quirófano**. Madrid: Elsevier.
- Bouden C y otros (1990). **Bases psicosociales de la atención médica**. México D.F.: Editorial Limusa.
- Brunner y Suddarth (2002). **Tratado de Enfermería medicoquirúrgica**. México D.F.: McGrau Hill Internacional.
- Fernández Abascal y otros (2001) **Psicología General. Motivación y emoción**. Madrid: Editorial Ramón Areces S.A.
- Ferrer, J. y otros (2003). **Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea**. Bilbao: Desclée de Brouwer .
- Fuller, J. (2007). **Instrumentación Quirúrgica: Teoría, técnica y procedimientos**. México D.F.: Editorial Panamericana.
- García Gómez-Heras y otros. (2005). **Bioética**. Madrid: Tecnos.
- Giacamonte, E. (1997). **Estrés quirúrgico y ansiedad**. Paidós.
- Gomis, D. (2008). **Manual de Enfermería teórica práctica**. Argentina: Librería Akadia.
- Griffith J. Y Griffith M. (1996). **El cuerpo habla**. Argentina: Amorrortu.

- Haber, Leach, Schudy y Sideleau. (1983). **Psiquiatría texto básico**. México: Salvat.
- Hernández Sampieri y otros. (2008). **Metodología de la Investigación**. México: Mc Graw Hill.
- King, I. (1984). **Enfermería como profesión**. México: Limusa.
- Kerouac, S. y otros. (1996). **El pensamiento enfermero**. España: Editorial Masson.
- Latorre, J. y otros. (1992). **Psicología de la Salud**. Argentina: Lumen.
- León Adriana y otros (2007). "Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular". **Revista Costarricense de cardiología**. Vol.9. p: 11-15.
- Lipkin, G y otra (1984). **Atención emocional del paciente**. México D.F. La prensa médica mexicana. (6-10).
- López, Frank (1996). **Aspectos sociológicos de la Enfermería**. México D.F. Interamericana.
- Long Phipps (1992). **Enfermería Médico Quirúrgica**. Madrid: McGraw Hill Interamericana. Vol.1 (111-120).
- Marchst P, y otros (1986). **Por un hospital más sano**. Madrid: Editorial Paulinas.
- Mason, M (1977). **Enfermería Médico Quirúrgica**. México D.F. Interamericana.
- Moix Queraltó J. (1994). **Emoción y cirugía**. Universidad autónoma de Barcelona.

Revista Anales de la Psicología volumen 10 Pp. 167 – 175.

Oblitas, Luis A y otros. **Psicología de la Salud**. Thomson Learning. México: D.F.

Perea Rogelia (2004). **Educación para la Salud**. Reto de nuestro tiempo: Madrid: editorial Díaz Santos.

Potter y Perry. (1998). **Fundamentos de Enfermería, teoría y práctica**. España. Harcourt Brace Publishers International.

Rojas Valenciano, L. y otras (2009). **Modelo conceptual de Imogene King y Dorothea Orem**. Costa Rica. Editorial UCR.

Ruiz-López. E. y otros. (2000). "Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México". **Revista Médica del Hospital General de México**. Vol. 63 p. 231-236.

Sabiston David (1995). **Tratado de patología quirúrgica**. Bases biológicas de la práctica quirúrgica moderna. México D.F. Ed. Interamericana-McGraw-Hill.

Watzlawick P. (2006). **Teoría de la comunicación humana**. España: Herder.

Wesley, Ruby L. (1995). **Teorías y Modelos de Enfermería**. México. Mc Graw Hill Interamericana

Werner Anita y otros (1996). **Teoría Interpersonal en la Práctica de la Enfermería**. Trabajos seleccionados de Hildegard Peplou. Barcelona: Masson.).

# **ANEXOS**

## ANEXO No. 1

### HISTORIAL DE ENFERMERÍA

#### INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo:  F  M
2. Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  
 Unión Libre
3. Edad:  20 a menos 30  30 a menos 40  40 a menos 50  
 50 a menos 60
4. Nivel de escolaridad:  Primaria incompleta  Primaria completa  
 Secundaria  Secundaria incompleta  Universitaria completa  
 Universitaria incompleta  
 Técnica  Sin instrucción
5. Profesión u oficio: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
6. Procedencia: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: \_\_\_\_\_
7. Vivienda:  Propia  Alquilada  Prestada  Otra
8. Fuente de ingresos:  Asalariado  Cuenta propia  
 Pensionado  Otra
9. Ingresos mensuales:  100.000 a menos 200.000  
 200.000 a menos 300.000  300.000 a menos 400.000  
 400.000 a menos 500.000  500.000 a más
10. Tiene hijos:  Sí  No Cuántos: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA PERSONAL

##### PERCEPCIÓN

10. ¿Ha estado hospitalizado (a) en otras ocasiones?  Sí  No
11. ¿Como ha sido su experiencia con la hospitalización?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. ¿Como se siente Ud. con sus compañeros en este servicio?

---



---

13. ¿La hospitalización le ha generado cambios en sus aspectos personales?  
 Si  No

14. Hábitos personales  Apariencia personal

15.  Concepto de Ud. mismo(a)   Independencia  Rutina diaria  
 Imagen corporal  Autoconcepto.

---

### CONCEPTO DEL YO

15. A nivel persona, ¿que tal se siente Ud. como paciente en este servicio?

---



---

16. ¿Cual es la causa de su internamiento?

---



---

17. ¿Le explicaron la causa del tratamiento quirúrgico y exámenes que le deben realizar?

---



---

18. ¿Cual fue su reacción?

---



---

19. ¿Le permitieron tomar alguna decisión?  Sí  No

20. ¿Que sentimientos le provoca pensar en que requiere cirugía?  
 Miedo  Enojo  Ansiedad  Tristeza

### CRECIMIENTO Y DESARROLLO

21. ¿Padece Ud. de alguna otra enfermedad?  Sí  No

22. ¿Toma algún medicamento que no pueda suspender?  
 ¿cual: \_\_\_\_\_

23. ¿Tiene alguna limitación física?

---

---

24. ¿Se cumple con lo necesario para su discapacidad?  
( ) Sí ( ) No ( ) No Aplica

### ESPACIO

25. ¿Considera usted que el área que utiliza es la adecuada?

---

---

26. ¿Tiene fácil acceso a los servicios básicos baño, servicio sanitario, lugar de oración?

---

---

27. ¿Puede deambular libremente por otras áreas de este servicio?  
( ) Sí ( ) No

### TIEMPO

28. ¿Cual fue su fecha de internamiento?

---

29. ¿Que actividades realiza para su distracción?

---

---

### SISTEMA INTERPERSONAL

#### INTERACCIONES

30. ¿Como es su relación con el personal de este servicio?

---

---

31. ¿Identifica Ud. a la enfermera? ( ) Sí ( ) No

32. ¿Siente la suficiente confianza para solicitarle información la enfermera?

---

---



---

33. ¿El personal de enfermería respeta sus decisiones y se preocupa por su bienestar?

---

---

### COMUNICACIÓN

34. ¿El personal de enfermería lo (a) ha orientado en este servicio, como por ejemplo, donde se ubica su cama, los servicios sanitarios, puertas de salida, áreas a las que puede acceder libremente?

---

---

35. ¿El personal que lo atiende le ha explicado detalladamente los procedimientos que le van a realizar?

---

---

36. ¿Han sido satisfechas sus dudas sobre su padecimiento y tratamientos?

---

---

37. ¿Usted y la enfermera han planeado el tratamiento, manejo de su enfermedad y proceso de recuperación?

---

---

### ROLES

38. ¿Cómo es su actitud dentro del hospital?

---

39. ¿Conoce usted cuáles son las actividades que debe realizar la enfermera?

---

---

### ESTRÉS

40. Que le causa mayor estrés: ( ) La cirugía ( ) Los problemas familiares y personales ( ) La hospitalización ( ) El tratamiento ( ) Otra

## SISTEMA SOCIAL

### ORGANIZACIÓN

41. ¿Recibe diariamente visitas de sus familiares y amigos? ( ) Sí ( ) No
42. ¿Considera que su familia se preocupa por Ud. durante su internamiento y posterior recuperación?
- 
- 
43. ¿Como están organizadas las actividades dentro de su hogar?
- 
- 
44. ¿Es Ud. la principal fuente de ingresos? ( ) Sí ( ) No
45. ¿Hay alguien que dependa de los cuidados suyos?  
( ) Hijos ( ) Padres ( ) Hermanos
46. ¿Quién se encarga de sus funciones durante su hospitalización?
- 
- 
47. ¿Le cumplen a tiempo los tratamientos y procedimientos que usted requiere tales como medicamentos, asistencia a otras consultas, otros?
- 
- 

### TOMA DE DECISIONES

48. ¿Le ha planteado la enfermera cuáles son las actividades y cuidados que Ud. requiere durante su hospitalización, cirugía y proceso de recuperación?
- 
- 
49. ¿Se toma en cuenta su opinión para la toma de decisiones?  
( ) Sí ( ) No
50. ¿Ud., su familia y la enfermera han mantenido una buena comunicación acerca de los cuidados que Ud. requiere antes y después de su cirugía?
- 
-

# CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA-SOMATICA

FECHA \_\_\_\_\_ EXPED \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD ACTUAL \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que describen las reacciones que la gente comunmente manifiesta cuando se enfrenta situaciones de la vida que son difíciles.

Lea con cuidado y procure identificar con una "X" el grado en que han aparecido estas reacciones en usted, CUANDO HAYA VIVIDO UNA SITUACIÓN ESTRESANTE EN SU . . . . . La información que nos proporcione servirá para conocer las formas de ayudar a superar esta problemática, razón por la cual le suplicamos conteste de manera verídica.

R E A C C I O N E S	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
1. ME RESULTA DIFICIL CONCENTRARME	( )	( )	( )	( )	( )
2. MI CORAZON PALPITA MAS RAPIDO.	( )	( )	( )	( )	( )
3. ME PRECCUPO DEMASTADO	( )	( )	( )	( )	( )
4. SIENTO TEMBLOROSO MI CUERPO	( )	( )	( )	( )	( )
5. ME IMAGIÑO ESCENAS TERRORÍFICAS	( )	( )	( )	( )	( )
⑥ ME DAN MAS GANAS DE IR AL BAÑO	( )	( )	( )	( )	( )
7. NO PUEDO SACAR DE MI MENTE IMÁGE- NES QUE ME PROVOCAN ANSIEDAD	( )	( )	( )	( )	( )
8. SIENTO TENSION EN MI ESTOMAGO	( )	( )	( )	( )	( )
9. SE ME CRUZAN EN LA MENTE PENSA- MIENTOS QUE ME MOLESTAN.	( )	( )	( )	( )	( )
10. CAMINO NERVIOSAMENTE	( )	( )	( )	( )	( )
11. NO PUEDO PENSAR LO SUFICIENTE- TEMENTE RAPIDO	( )	( )	( )	( )	( )
12. ME QUEDO PARALIZADO	( )	( )	( )	( )	( )
13. NO PUEDO QUITARME PENSAMIENTOS QUE ME CAUSAN ANSIEDAD	( )	( )	( )	( )	( )
14. SUDO DEMASIADO	( )	( )	( )	( )	( )